



CONSORCIO

# SOLICITUD Y DECLARACION DE SALUD PARA SEGURO DE DESGRAVAMEN

AVDA. EL BOSQUE SUR 180 • LAS CONDES, SANTIAGO • Call Center: 600 221 3000, desde celular (02) 782 5398 • www.consorcio.cl

N° POLIZA	
N° PROPUESTA	

INSTITUCION CREDITICIA	:	_____
NOMBRE DEL SOLICITANTE	:	_____
R.U.T.	:	_____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
NUMERO DE CREDITO	:	_____ PLAZO: _____
MONTO DEL CREDITO	:	_____ MONEDA: _____
TASA DE INTERES	:	_____
TIPO DE AMORTIZACION	:	MENSUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/> UNICA <input type="checkbox"/>

DISTRIBUCION DEL MONTO	% DEUDOR	% CODEUDOR	% AVAL
TIPO DE PRESTAMO	CONSUMO <input type="checkbox"/>	VIVIENDA <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>

## DECLARACION DE SALUD (Esta declaración debe ser llenada de puño y letra del asegurado para que sea válida)

Indique SI o NO a TODAS las preguntas de este cuestionario según su mejor entendimiento y conocimiento, hay alguna de esta enfermedad o síntomas que haya padecido o padece:

	SI	NO
a) Convulsiones, epilepsia, parálisis, pérdida de conocimiento, enfermedades mentales, dolores de cabeza severos, encefalitis o cualquier enfermedad de la cabeza o sistema nervioso ?	<input type="checkbox"/>	(a) <input type="checkbox"/>
b) Asma, enfisema, fiebre alta, tos crónica, desgarró de sangre, tuberculosis, cansancio al caminar o cualquier otra enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio ?	<input type="checkbox"/>	(b) <input type="checkbox"/>
c) Fiebre reumática, presión alta, dolores en el pecho, soplos, palpitaciones, úlceras venosas o arteriales de extremidades o cualquier otra enfermedad al corazón o sistema circulatorio ?	<input type="checkbox"/>	(c) <input type="checkbox"/>
d) Úlcera, estreñimiento, diarreas, sangramiento o cualquier otra enfermedad al esófago, estómago, intestino, recto, apéndice, hígado, vesícula, páncreas o bazo ?	<input type="checkbox"/>	(d) <input type="checkbox"/>
e) Cálculos urinarios o cualquier enfermedad de la vejiga, próstata, riñón o vías urinarias. Presencia de albúmina, azúcar o sangre en la orina ?	<input type="checkbox"/>	(e) <input type="checkbox"/>
f) Enfermedad de los huesos o de las articulaciones, reumatismo, gota, artritis o afecciones a la columna ?	<input type="checkbox"/>	(f) <input type="checkbox"/>
g) Anemia, alteraciones de la coagulación, hemorragias o cualquier otra enfermedad de la sangre ?	<input type="checkbox"/>	(g) <input type="checkbox"/>
h) Bocio, colesterol elevado o alguna enfermedad de las glándulas endocrinas ?	<input type="checkbox"/>	(h) <input type="checkbox"/>
i) Cáncer, quistes, tumores, sífilis u otras lesiones de igual naturaleza ?	<input type="checkbox"/>	(i) <input type="checkbox"/>
j) Enfermedades de los ojos, oídos, nariz o garganta de carácter progresivo o maligno ?	<input type="checkbox"/>	(j) <input type="checkbox"/>
k) Alcoholismo y/o uso de drogas u otras sustancias ?	<input type="checkbox"/>	(k) <input type="checkbox"/>
l) Variaciones de más o menos 5 kilogramos de peso en los últimos 2 años ?	<input type="checkbox"/>	(l) <input type="checkbox"/>
m) Existe alguna hospitalización pendiente ?	<input type="checkbox"/>	(m) <input type="checkbox"/>
n) Consume algún medicamento en forma regular ?	<input type="checkbox"/>	(n) <input type="checkbox"/>
o) Alguna enfermedad, accidente o cirugía que no se haya aludido directamente en este cuestionario ?	<input type="checkbox"/>	(o) <input type="checkbox"/>
p) En los últimos años se ha practicado algún examen? Cuáles: _____	<input type="checkbox"/>	(p) <input type="checkbox"/>
q) Padecimiento del SIDA o de enfermedades relacionadas al SIDA?	<input type="checkbox"/>	(q) <input type="checkbox"/>
<b>Pregunta adicional mujeres:</b>		
r) Actualmente esta usted embarazada? (indicar en detalles semanas).	<input type="checkbox"/>	(r) <input type="checkbox"/>

Si en alguna de las respuestas anteriores ha contestado SI, detalle:

LETRA	DETALLE: PADECIMIENTO, FECHA, ESTADO ACTUAL, MEDICO TRATANTE

Indicar: Peso: \_\_\_\_\_ Kgs. Estatura: \_\_\_\_\_ cms. Presión Arterial:  normal  alta  baja

Confirma la exactitud y la veracidad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado omitido o disimulado y me doy por enterado que una declaración falsa o una reticencia de mi parte, implica nulidad de la cobertura. Autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que me haya asistido en mis dolencias, revelar a la compañía todos los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener tenido conocimiento al prestarme sus servicios erróneas"

¿TIENE UD. OTRO SEGURO DE VIDA O DESGRAVAMEN VIGENTE POR CREDITO HIPOTECARIO, CONSUMO U OTRO?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
INSTITUCION CREDITICIA	MONTO	

FECHA DECLARACION

FIRMA DEL ASEGURABLE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑIA