

12) a) ¿Ingiere Ud. vino, licores, cerveza u otras bebidas alcohólicas? Indique consumo y frecuencia. SI NO
 b) ¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento por alcoholismo y/o drogadicción? Especifique. SI NO
 c) ¿Ha hecho uso de morfina, cocaína, LSD, marihuana u otro narcótico? ¿Por qué causa, en qué cantidad y durante cuánto tiempo? SI NO
 d) ¿Usa Ud. o ha hecho uso habitual de sedantes, tranquilizantes o somníferos? ¿Quién se los ha indicado, por qué causa, en qué cantidad? SI NO
 e) ¿Fuma Ud.? ¿Cuánto fuma diariamente? SI NO
 f) ¿Dejó de fumar? ¿Cuándo? ¿Cuánto fumaba diariamente? SI NO

DETALLE
 a) _____
 b) _____
 c) _____
 d) _____
 e) _____
 f) _____

13) ¿En los últimos 5 años se ha practicado algún examen? SI NO
 Cuáles: Sangre Orina Electrocardiograma o exámenes al corazón Imágenes (radiografías, ecografías, scanner, resonancia nuclear, otros).
 Otros _____
 FECHA: _____ RESULTADOS: _____ MOTIVO: _____

14) ¿Ha padecido o tiene conocimiento de sufrir o se encuentre en estudio por:
 a) Vértigo, desmayos, convulsiones, epilepsia, parálisis, pérdida de conocimiento, problemas nerviosos, enfermedades mentales, dolores de cabeza severos o jaquecas, encefalitis, ataques o cualquier enfermedad de la cabeza o sistema nervioso? SI NO
 b) Asma, enfisema, fiebre alta, pleuresía, pulmonía, desgarrar con sangre, tuberculosis, cansancio al caminar o cualquier otra enfermedad de los pulmones o tos crónica o cualquier enfermedad del sistema respiratorio? SI NO
 c) Fiebre reumática, presión alta, molestias o dolores en el pecho, soplos al corazón, palpitaciones o cualquier otra enfermedad al corazón o sistema circulatorio? SI NO
 d) Úlcera del estómago o duodenal, estreñimiento, diarreas, cólicos, sangramiento rectal o anal, o cualquier otra enfermedad al esófago, intestino, recto, apéndice, hígado, vesícula, páncreas o bazo? SI NO
 e) Nefritis, cálculo en el riñón, o cualquier otra enfermedad de la vejiga, próstata, riñón o vías urinarias. Presencia de proteína albúmina, azúcar o sangre en la orina? SI NO
 f) Gota, artritis, reumatismo, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad relacionada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades? SI NO
 g) Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, hemorragias persistentes, o cualquier otra enfermedad de la sangre? SI NO
 h) Resistencia a la insulina, alteración de glucosa o azúcar elevada en la sangre, bocio, dislipidemia o alguna enfermedad de las glándulas endocrinas? SI NO
 i) ¿Es diabético? SI NO (FECHA DIAGNOSTICO - TRATAMIENTO (dieta, medicamentos, otros) - MEDICO TRATANTE - ULTIMO CONTROL) _____
 VALORES DE EXAMENES: _____
 j) ¿Tiene los colesterolos o los triglicéridos altos? SI NO (FECHA DIAGNOSTICO - TRATAMIENTO (dieta, medicamentos, otros) - MEDICO TRATANTE - ULTIMO CONTROL) _____
 VALORES DE EXAMENES: _____
 k) Cáncer, quistes, tumores, sífilis, alteraciones y/o lesiones de la piel de cualquier naturaleza? SI NO
 l) Várices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo? SI NO
 m) Enfermedad de los oídos, nariz o garganta? SI NO
 n) Miopía, miopía severa, astigmatismo, o cualquier otra enfermedad de los ojos? SI NO
 Detalle: _____
Cualquier respuesta afirmativa debe acompañarse de una completa información al respecto.

15) a) ¿Ha padecido o tiene conocimiento de padecer el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas al SIDA (diarreas crónicas, baja de peso, tumores de la piel, etc.) o condiciones relacionadas al SIDA? SI NO
 b) ¿Se ha realizado el test diagnóstico del VIH, hepatitis B, C, ó enfermedades de transmisión sexual como sífilis? SI NO
 a) _____
 b) Resultado _____ Fecha _____
 Motivo: _____

16) a) ¿Tiene Ud. alguna anomalía de constitución, deformación, amputación u otro defecto físico? SI NO
 b) ¿Tiene conocimientos de padecer alguna enfermedad o lesión a la que no se haya aludido directamente en este cuestionario? SI NO
Cualquier respuesta afirmativa debe acompañarse de una completa información al respecto.

17) PREGUNTAS ADICIONALES PARA MUJERES
 a) ¿Ha sufrido o tiene conocimiento de padecer actualmente quistes, tumores o enfermedades en mamas, en genitales, menstruación irregular, abortos, cesáreas o complicaciones en embarazos o partos? SI NO
 b) ¿Se ha practicado examen de Papanicolaou? SI NO
 c) ¿Está Ud. embarazada actualmente? ¿De cuánto tiempo? SI NO
 d) ¿Su embarazo actual o anteriores ha(n) evolucionado sin problemas? Sólo si su respuesta es NO, detallar Evolución del embarazo SI NO
 e) ¿Cuántos partos y/o Cesáreas ha tenido? Fecha del último. SI NO
Cualquier respuesta afirmativa debe acompañarse de una completa información al respecto.

AUTORIZACIÓN: Confirmando la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde ya que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la correcta apreciación del riesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o reticente de mi parte libera a la Compañía del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en el Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza a contratar. Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de dicha información, conforme lo dispone la Ley N°19.628. Por su parte, la Compañía se obliga a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida con motivo u ocasión de la presente propuesta de seguro. Además autorizo expresamente al Instituto de Salud Pública así como a cualquier médico, clínica, hospital, laboratorio, u otra institución de salud que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber tomado conocimiento al prestarme sus servicios, pudiendo tener acceso a los contenidos o copias de recetas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud, según lo dispuesto por el texto actualizado del artículo 127 del Código Sanitario.

En este acto otorgo mi consentimiento expreso y autorizo a Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. para que, a través del Laboratorio que determine, pueda tomar y procesar las muestras que sean necesarias con el objeto de determinar la presencia de anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), así como cualquier otro examen que la Compañía requiera; y a ser informada directamente del resultado de todos los exámenes que se realicen.

Finalmente, declaro conocer y aceptar desde ya que en caso de ser aceptada mi propuesta de seguro por Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A., esta declaración formará parte integrante de mi contrato de seguro para todos los efectos legales.

OBSERVACIONES (USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA)

FIRMA
 ASEGURABLE/PROPONENTE