

DECLARACION PERSONAL DE SALUD(DPS)

AVDA. EL BOSQUE SUR 180 • LAS CONDES, SANTIAGO • Call Center: 600 221 3000 • www.consorcio.cl

N° DECLARACIÓN

N° PROPUESTA

N° PÓLIZA

OBSERVACIÓN IMPORTANTE: Responda este formulario de PUÑO Y LETRA. Haga sus declaraciones con toda tranquilidad y franqueza. Si tiene ligeros padecimientos, que son comunes en casi todas las personas, su seguro se contratará normalmente. Si tiene alguno de cierta importancia, puede asimismo, beneficiarse del seguro, mediante contratación especial; si padece alguna enfermedad, manifiéstela sin temor. Es preferible no llegar a la contratación del seguro, que un litigio posterior por falsa declaración. En todo caso, un contrato basado en declaraciones auténticas nunca será discutido por la Compañía, que supo al origen el riesgo que aceptaba.

1

NOMBRE DEL ASEGURABLE/PROPONENTE: R.U.T.:
FECHA DE NAC.: / / EDAD: años SEXO: ☐ M ☐ F FECHA DE DECLARACIÓN: / /

2

a) Nombre del Empleador: b) Rubro de la Empresa
Marque en el caso que el rubro de su empresa sea: ☐ CONSTRUCCIÓN ☐ MINERÍA ☐ FORESTAL ☐ FFAA Y DE ORDEN
SI CORRESPONDE, COMPLETE CUESTIONARIO RESPECTIVO ☐ ELÉCTRICO ☐ AÉREO ☐ PESQUERO ☐ TRANSPORTE
c) Detalle la labor específica que desarrolla:
d) ¿Ha tenido alguna vez que cambiar o suspender su actividad laboral por motivos de salud? **SI** ☐ (Especifique) **NO** ☐
e) ¿Realiza habitualmente alguna actividad paralela? **SI** ☐ (Especifique) **NO** ☐

3

a) ¿Realiza vuelos como piloto, estudiante piloto o pasajero de línea no regular? (*) ☐ SÍ ☐ NO
b) ¿Practica Ud. alguno de los siguientes deportes: Paracaidismo, Andinismo, Montañismo, Alas Delta, Buceo, Carreras de Velocidad en Automóvil, Bungee (Salto Elástico)? (*) ☐ SÍ ☐ NO
c) ¿Practica otros deportes o hobbies? ¿Cuáles? - Indique frecuencias ☐ SÍ ☐ NO
d) ¿Participa en competencias? ☐ SÍ ☐ NO
e) ¿Utiliza o utilizará moto? ☐ SÍ ☐ NO
EN CASO AFIRMATIVO DETALLE LA LETRA
Finalidad: ☐ Recreativa ☐ Transporte ☐ Competencia/
Modalidad: ☐ Conductor ☐ Pasajero ☐ Carrera (*)
(*) POR FAVOR, COMPLETE CUESTIONARIO RESPECTIVO

4

a) ¿Tiene algún Seguro de Vida vigente o pendiente de aceptación? Indique en qué compañía y monto asegurado. ☐ SÍ ☐ NO
b) ¿Ha sido Ud. rechazado alguna vez para un Seguro de vida o en alguna renovación o rehabilitación del mismo? ☐ SÍ ☐ NO
c) ¿Se han aplicado recargo en las primas? En caso afirmativo informe detalladamente ☐ SÍ ☐ NO
DETALLES

5

a) HISTORIA FAMILIAR	VIVOS	FALLECIDOS		
	EDAD	ESTADO DE SALUD	A LA EDAD DE	CAUSA DE LA MUERTE
Padre				
Madre				
Hermanos				

b) ¿Alguno de sus padres o hermanos ha tenido o tiene alguna enfermedad vascular, aparato circulatorio, al corazón, trastornos mentales, diabetes o cáncer (si corresponde a estas dos últimas, indique tipo)? ☐ SÍ ☐ NO
¿Quién? Enfermedad
¿Tipo? Edad Diagnóstico

CUALQUIER RESPUESTA AFIRMATIVA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, DEBE ACOMPAÑARSE DE UNA COMPLETA INFORMACIÓN AL RESPECTO

6

a) Favor consignar detalladamente las siguientes medidas.
ESTATURA mts. **PESO** Kgs.
b) ¿Ha tenido variación de más de 5 Kg. de peso en los últimos meses? **SI** ☐ **NO** ☐
Alza: Kgs. Causa:
Baja: Kgs. Causa:

7

a) Su presión arterial es: Alta ☐ Normal ☐ Baja ☐ Nunca ha sido controlado ☐
b) ¿Es usted Hipertenso? ☐ SÍ ☐ NO
Si su respuesta es afirmativa, complete todos los campos del siguiente cuadro.
FECHA DIAGNÓSTICO: / / MÉDICO TRATANTE:
TRATAMIENTO: ÚLTIMO CONTROL:
INDIQUE VALORES (ej. 160/100): / (Si no conoce los valores de sus exámenes, aportar Cuestionario de Hipertensión Arterial).

8

¿Cuándo fueron los últimos chequeos médicos? Señale.
a) Nombre del médico
b) Especialidad
c) Motivo de la consulta (chequeo, enfermedad, otro)
d) Diagnóstico médico
e) Fecha de la consulta

Consulta 1	Consulta 2

9

a) ¿Ha sido hospitalizado?
b) ¿Ha sufrido algún accidente que haya requerido ser tratado por médico?
c) ¿Ha sido sometido a intervención quirúrgica?
d) ¿Ha recibido transfusiones?
e) ¿Tiene hospitalización pendiente, o indicación de tratamiento médico o quirúrgico aun no programado?
f) ¿Está Ud. actualmente sometido a algún tratamiento o terapia o tomando medicamentos de cualquier tipo?
DETALLES: DIAGNÓSTICO - NOMBRE MÉDICO - FECHAS DE DIAGNÓSTICO (mes/año), DE TRATAMIENTO, DE ALTA

10

a) ¿Ha recibido Ud. alguna vez indemnización o pensión por enfermedad, que este en proceso o tramitación de Pensión de Invalidez, o le han indicado que ésta fuera necesaria? ☐ SÍ ☐ NO
b) ¿Ha tenido licencia(s) médica(s) los últimos 2 años? ☐ SÍ ☐ NO
Cant. días: Fechas: Diagnóstico:
Cant. días: Fechas: Diagnóstico:

11

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

Le rogamos la mayor precisión en los antecedentes que Ud. nos entregue. La información incompleta o parcial impedirá la rápida emisión de su póliza. Si comete algún error, solicite un nuevo formulario. No se aceptan borrones, correcciones ni uso de líquidos de borrar.

