

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.

FSUV045

MOTIVO:

DECLARACION PERSONAL DE SALUD(DPS)

N° PROPUESTA N° PROPUESTA N° PÓLIZA OBSERVACIÓN IMPORTANTE: Responda este formulario de PUÑO Y LETRA. Haga sus declaraciones con toda tranquilidad tiene ligeros padecimientos, que son comunes en casi todas las personas, su seguro se contratará normalmente. Si tiene al importancia, puede asimismo, beneficiarse del seguro, mediante contratación especial; si padece alguna enfermedad, notemor. Es preferible no llegar a la contratación del seguro, que un litigio posterior por falsa declaración. En todo caso, un contrataciones auténticas nunca será discutido por la Compañía, que supo al origen el riesgo que aceptaba. NOMBRE DEL ASEGURABLE/PROPONENTE: FECHA DE NAC:: / / EDAD:	
tiene ligeros padecimientos, que son comunes en casi todas las personas, su seguro se contratará normalmente. Si tiene al importancia, puede asimismo, beneficiarse del seguro, mediante contratación especial; si padece alguna enfermedad, na temor. Es preferible no llegar a la contratación del seguro, que un litigio posterior por falsa declaración. En todo caso, un con en declaraciones auténticas nunca será discutido por la Compañía, que supo al origen el riesgo que aceptaba. NOMBRE DEL ASEGURABLE/PROPONENTE: FECHA DE NAC.: NOMBRE DEL ASEGURABLE/PROPONENTE:	
FECHA DE NAC.: / / EDAD: años SEXO: _ M _ F FECHA DE DECLARACIÓN:	Ilguno de cierta manifiéstela sin
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 C SI CORRESPONDE, COMPLETE CUESTIONARIO RESPECTIVO ELÉCTRICO AÉREO PESQUERO TRANSPORT C) Detalle la labor específica que desarrolla:	
d) ¿Ha tenido alguna vez que cambiar o suspender su actividad laboral por motivos de salud? sí	NO
e) ¿Realiza habitualmente alguna actividad paralela? sí	NO
3 SÍ NO EN CASO AFIRMATIVO DETALLE LA I	LETRA
a) èRealiza vuelos como piloto, estudiante piloto o pasajero de línea no regular? (*)	
b) ¿Practica Ud. alguno de los siguientes deportes: Paracaidismo, Andinismo, Montañismo, Alas Delta, Buceo, Carreras de Velocidad en Automóvil, Bungee (Salto Elástico)? (*)	
c) ¿Practica otros deportes o hobbies? ¿Cuáles? - Indique frecuencias	
d) ¿Participa en competencias? e) ¿Utiliza o utilizará moto? Finalidad: Recreativa Transporte Modalidad: Conductor Pasajero (*) POR FAVOR, COMPLETE CUESTIONARIO RESPECTIVO	Competencia/ Carrera (*)
4 SÍ NO DETALLES	
a) ¿Tiene algún Seguro de Vida vigente o pendiente de aceptación? Indique	
en qué compañía y monto asegurado.	
b) èHa sido Ud. rechazado alguna vez para un Seguro de vida o en alguna 🔲 🔲	
c) ¿Se han aplicado recargo en las primas? En caso afirmativo informe	
detalladamente	
a) HISTORIA FAMILIAR VIVOS FALLECIDOS	
EDAD ESTADO DE SALUD A LA EDAD DE CAUSA DE LA MUERTE Padre	
Madre	
Hermanos 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)? Enfermedad indicatorio in indique tipo)?	
CUALQUIER RESPUESTA AFIRMATIVA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS, DEBE ACOMPAÑARSE DE UNA COMPLETA INFORMACIÓ	
a) Favor consignar detalladamente las siguientes medidas. b) ¿Ha tenido variación de más de 5 Kg. de peso en los últi sí NO	timos meses?
ESTATURA mts. PESO Kgs. Alza: Kgs. Causa:	
Baja: Kas Causa:	
Bala: Kgs. Causa:	
7 a) Su presión arterial es: Alta Normal Baja Nunca ha sido co	
Bala: Kgs. Causa:	
a) Su presión arterial es: Alta Normal Baja Nunca ha sido con b) èEs usted Hipertenso? SÍ NO Si su respuesta es afirmativa, complete todos los campos del siguiente cuadro. SECHA DIAGNÓSTICO: / MÉDICO TRATANTE:	
a) Su presión arterial es: Alta Normal Si Baja Nunca ha sido co 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:	
a) Su presión arterial es: Alta Normal Baja Nunca ha sido con b) èEs usted Hipertenso? SÍ NO Si su respuesta es afirmativa, complete todos los campos del siguiente cuadro. SECHA DIAGNÓSTICO: / MÉDICO TRATANTE:	
a) Su presión arterial es: Alta Normal Saja Nunca ha sido con b) è Es usted Hipertenso? Sí NO Si su respuesta es afirmativa, complete todos los campos del siguiente cuadro. FECHA DIAGNÓSTICO:/_ / MÉDICO TRATANTE:	
Baja	
Baja Nunca ha sido control Si unca ha sido control Si su respuesta es afirmativa, complete todos los campos del siguiente cuadro. FECHA DIAGNÓSTICO:	
Baja	
Baja Nunca ha sido consulta Normal Baja Nunca ha sido consulta Nunca ha sido consulta	
Su presión arterial es: Alta	CO - FECHAS DE
Baja	CO - FECHAS DE
Baja	CO - FECHAS DE
Saja:	CO - FECHAS DE NTO, DE ALTA
Saja: Kgs. Causa: Kgs. Cau	CO - FECHAS DE NTO, DE ALTA
Signature Sign	CO - FECHAS DE NTO, DE ALTA
Saja	CO - FECHAS DE NTO, DE ALTA
Baja	CO - FECHAS DE
Baja	CO - FECHAS DE
Baja	CO - FECHAS DE

a) ¿Ingiere Ud. vino, licores, cerveza u otras bebidas alcohólicas? Indique	,	SÍ N	0
consumo y frecuencia.			
 b) ¿Ha recibido o está recibiendo tratamiento por alcoholismo y/o drogadicción? Especifique. 			
c) ¿Ha hecho uso de morfina, cocaína, LSD, marihuana u otro narcótico? ¿Por			
qué causa, en qué cantidad y durante cuánto tiempo? d) ¿Usa Ud. o ha hecho uso habitual de sedantes, tranquilizantes o somníferos?			
¿Quién se los ha indicado, por qué causa, en qué cantidad?			
e) żFuma? Sí żCuánto fuma diariamente? Cigarrillos Pipa			Puros Habanos
□ NO, dejé de fumar hace: ¿Cuánto f	uma	aba dic	ariamente?:
ila padecido o tiene conocimiento de sufrir o se encuentre en estudio por		sí no	DETALLE: DIAGNÓSTICO - NOMBRE MÉDICO - FECHAS DE
alauna de las siguientes enfermades:	. (DIAGNÓSTICO (mes/año), DE TRATAMIENTO, DE ALTA
a) Vértigo, desmayos, convulsiones, epilepsia, parálisis, pérdida de conocimiento, problemas nerviosos, enfermedades mentales, dolores de	a) [
cabeza severos o jaquecas, encefalitis, ataques o cualquier enfermedad de la cabeza o sistema nervioso.			
b) Asma, enfisema, fiebre alta, pleuresía, pulmonía, desgarro con sangre, ¿) (c		
tuberculosis, cansancio al caminar o cualquier otra enfermedad de los pulmones o tos crónica o cualquier enfermedad del sistema respiratorio.	-/ ˈ		
c) Fiebre reumática, presión alta, molestias o dolores en el pecho, soplos al	c) [
corazón, palpitaciones o cualquier otra enfermedad al corazón o sistema circulatorio.	<u> </u>		
d) Úlcera del estómago o duodenal, estreñimiento, diarreas, cólicos, c	d) [
sangramiento rectal o anal, o cualquier otra enfermedad al esófago, intestino, recto, apéndice, hígado, vesícula, páncreas o bazo.	`		
e) Nefritis, cálculo en el riñón, o cualquier otra enfermedad de la vejiga, e	∍) [
próstata, riñón o vías urinarias. Presencia de proteína albúmina, azúcar o sangre en la orina.			
f) Gota, artritis, reumatismo, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad	f) [
relacionada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades.			
g) Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, hemorragias persistentes, o cualquier otra enfermedad de la sangre.	3) [
h) Resistencia a la insulina, alteración de glucosa o azúcar elevada en la }	h) [
sangre, enfermedad de la glándula de la tiroides o alguna enfermedad de la glándula endocrina.			
	i) [
Fecha de Diagnostico: / Fecha ultimo control: /	'		
Hemoglobina glicosilada: % Presión arterial: / (ej. 160/100)			
(Si no conoce los valores de sus exámenes, aportar Cuestionario de Diabetes,			
completado por su médico tratante).			
 j) ¿Tiene los colesteroles o los triglicéridos altos? Detalle Fecha de Diagnostóstico y valores de: Triglicéridos ; 	i)		1
Colesterol total; HDL; LDL; (mg/dl).			
(si no conoce los valores de sus exámenes, aportar Cuestionario de dislipidemia,			
completado por su médico tratante). k) Cáncer, quistes, tumores, sífilis, alteraciones y/o lesiones de la piel de	۱ (>		
cualquier naturaleza.	' '		
l) Várices, flebitis, úlceras varicosas o hernias de cualquier tipo. m) Enfermedad de los oídos, nariz o garganta.	l) [
n) Miopía, miopía severa, astigmatismo, o cualquier otra enfermedad de	า) โ า) \ [Detalle:
103 0/03.	, (Í NO	DETALLES
a) ¿Se ha realizado el test diganóstico del VIH, henatitis B. C. o enfermedades			a)¿Cuál? Motivo
a) ¿Se ha realizado el test diagnóstico del VIH, hepatitis B, C, o enfermedades de transmisión sexual como sífilis?			Resultados Fecha/
b) ¿Es portador del sindrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH-SIDA) o del			b)¿Cuál?
Virus de la hepatitis B,C?			¿Desde cuándo?
 c) ¿Ha padecido o tiene conocimiento de padecer el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas al SIDA (diarreas crónicas, baja 			c)¿Cuál(es)?
de peso, tumores de la piel, etc.) o condiciones relacionadas al SIDA?) ————
		í	
a) ¿Tiene Ud. alguna anormalidad de constitución, deformación, amputación	SI	ÍNO	DETALLES
u otro defecto físico? b) ¿Tiene conocimientos de padecer alguna enfermedad o lesión a la que no			
se haya aludido directamente en este cuestionario?			
c) ¿Se ha realizado alguna cirugía estética o reparadora?			<i></i>
16 PREGUNTAS ADICIONALES PARA MUJERES	Si	Í NO	DETALLES
a) ¿Ha sufrido o tiene conocimiento de padecer actualmente quistes, tumores			a)&Cuál(es)?
o enfermedades en mamas, en genitales, menstruación irregular, miomas,	_		
endometriosis, abortos, cesáreas o complicaciones en embarazos o partos			b) ¿Cuál(es) ? Fecha / / Resultados Fecha / / / / / / / / / / / / / /
			Resultados Fecha
actual o anteriores? b) ¿Se ha practicado alaún exámen de papanicolau, mamoarafía, ecoarafía			
b) ¿Se ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía mamaria o ginecológica?			c) De cuánto tiempo?
b) ¿Se ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía			c)¿De cuánto tiempo?
 b) ¿Se ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía mamaria o ginecológica? c) ¿Está Ud. embarazada actualmente? 			Detalle evolución del embarazo:
 b) ¿Se ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía mamaria o ginecológica? c) ¿Está Ud. embarazada actualmente? AUTORIZACIÓN: Confirmo la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que		da he	Detalle evolución del embarazo: ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde
b) èSe ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía mamaria o ginecológica? c) èEstá Ud. embarazada actualmente? AUTORIZACIÓN: Confirmo la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que ya que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la correcta aprecio	aciór	da he	Detalle evolución del embarazo: ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde iesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o
b) ¿Se ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía mamaria o ginecológica? c) ¿Está Ud. embarazada actualmente? AUTORIZACIÓN: Confirmo la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que ya que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la correcta aprecio reticente de mi parte libera a la Compañía del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispu	aciór Jesto	da he n del ri	Detalle evolución del embarazo: ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde iesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza
b) ¿Se ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía mamaria o ginecológica? c) ¿Está Ud. embarazada actualmente? AUTORIZACIÓN: Confirmo la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que ya que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la correcta aprecio reticente de mi parte libera a la Compañía del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispu a contratar. Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de dicha información, con contratar.	aciór Jesto confo	da he n del ri o en el orme la	Detalle evolución del embarazo: Ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde iesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza o dispone la Ley N°19.628. Por su parte, la Compañía se obliga
b) ¿Se ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía mamaria o ginecológica? c) ¿Está Ud. embarazada actualmente? AUTORIZACIÓN: Confirmo la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que ya que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la correcta apreció reticente de mi parte libera a la Compañía del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispu a contratar. Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de dicha información, a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida con motivo u o	aciór vesto confo casió	da he n del ri o en el orme lo ón de l	ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde iesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza o dispone la Ley N°19.628. Por su parte, la Compañía se obliga a presente propuesta de seguro. Además autorizo expresamente
b) èSe ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía mamaria o ginecológica? c) èEstá Ud. embarazada actualmente? AUTORIZACIÓN: Confirmo la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que ya que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la correcta aprecio reticente de mi parte libera a la Compañía del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispu a contratar. Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de dicha información, a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida con motivo u o al Instituto de Salud Pública así como a cualquier médico, clínica, hospital, laboratorio, u otra i	aciór Jesto confo casio instit	da he n del ri o en el orme lo ón de l	Detalle evolución del embarazo: ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde iesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza o dispone la Ley N°19.628. Por su parte, la Compañía se obliga a presente propuesta de seguro. Además autorizo expresamente de salud que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias
b) ¿Se ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía mamaria o ginecológica? c) ¿Está Ud. embarazada actualmente? AUTORIZACIÓN: Confirmo la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que ya que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la correcta aprecio reticente de mi parte libera a la Compañía del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispu a contratar. Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de dicha información, a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida con motivo u o al Instituto de Salud Pública así como a cualquier médico, clínica, hospital, laboratorio, u otra i a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber t	aciór vesto confo casio instit	da he n del ri o en el orme lo ón de l tución	Detalle evolución del embarazo: ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde iesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza o dispone la Ley N°19.628. Por su parte, la Compañía se obliga a presente propuesta de seguro. Además autorizo expresamente de salud que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias nocimiento al prestarme sus servicios, pudiendo tener acceso a
b) ¿Se ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía mamaria o ginecológica? c) ¿Está Ud. embarazada actualmente? AUTORIZACIÓN: Confirmo la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que ya que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la correcta aprecia reticente de mi parte libera a la Compañía del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispu a contratar. Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de dicha información, a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida con motivo u o al Instituto de Salud Pública así como a cualquier médico, clínica, hospital, laboratorio, u otra i a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber t los contenidos o copias de recetas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios re	aciór vesto confo casio instit	da he n del ri o en el orme lo ón de l tución	Detalle evolución del embarazo: ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde iesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza o dispone la Ley N°19.628. Por su parte, la Compañía se obliga a presente propuesta de seguro. Además autorizo expresamente de salud que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias nocimiento al prestarme sus servicios, pudiendo tener acceso a
b) ¿Se ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía mamaria o ginecológica? c) ¿Está Ud. embarazada actualmente? AUTORIZACIÓN: Confirmo la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que ya que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la correcta apreció reticente de mi parte libera a la Compañía del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispu a contratar. Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de dicha información, a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida con motivo u o al Instituto de Salud Pública así como a cualquier médico, clínica, hospital, laboratorio, u otra i a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber to los contenidos o copias de recetas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios reartículo 127 del Código Sanitario.	aciór vesto confo casio instit tomo elacio	da he n del ri o en el orme lo ón de l tución ado cor onados	Detalle evolución del embarazo: ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde iesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza o dispone la Ley N°19.628. Por su parte, la Compañía se obliga a presente propuesta de seguro. Además autorizo expresamente de salud que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias nocimiento al prestarme sus servicios, pudiendo tener acceso a s con la salud, según lo dispuesto por el texto actualizado del
b) ¿Se ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía mamaria o ginecológica? c) ¿Está Ud. embarazada actualmente? AUTORIZACIÓN: Confirmo la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que ya que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la correcta aprecio reticente de mi parte libera a la Compañía del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispu a contratar. Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de dicha información, a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida con motivo u o al Instituto de Salud Pública así como a cualquier médico, clínica, hospital, laboratorio, u otra i a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber t los contenidos o copias de recetas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios reartículo 127 del Código Sanitario. En este acto otorgo mi consentimiento expreso y autorizo a Compañía de Seguros de Vida Co	aciór vesto confo casio instit tomo elacio	da he n del ri o en el orme la ón de l tución ado con onados	Detalle evolución del embarazo: ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde iesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza o dispone la Ley N°19.628. Por su parte, la Compañía se obliga a presente propuesta de seguro. Además autorizo expresamente de salud que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias nocimiento al prestarme sus servicios, pudiendo tener acceso a s con la salud, según lo dispuesto por el texto actualizado del acional de Seguros S.A. para que, a través del Laboratorio que
b) ¿Se ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía mamaria o ginecológica? c) ¿Está Ud. embarazada actualmente? AUTORIZACIÓN: Confirmo la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que ya que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la correcta aprecia reticente de mi parte libera a la Compañía del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo disputa contratar. Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de dicha información, a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida con motivo u o al Instituto de Salud Pública así como a cualquier médico, clínica, hospital, laboratorio, u otra i a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber t los contenidos o copias de recetas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios reartículo 127 del Código Sanitario. En este acto otorgo mi consentimiento expreso y autorizo a Compañía de Seguros de Vida Codetermine, pueda tomar y procesar las muestras que sean necesarias con el objeto de determine.	aciór vesto confo casio instit tomo elacio onsor	da he n del ri o en el orme la ón de l tución ado cor onados rcio Na	Detalle evolución del embarazo: ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde iesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza o dispone la Ley N°19.628. Por su parte, la Compañía se obliga a presente propuesta de seguro. Además autorizo expresamente de salud que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias nocimiento al prestarme sus servicios, pudiendo tener acceso a s con la salud, según lo dispuesto por el texto actualizado del acional de Seguros S.A. para que, a través del Laboratorio que esencia de anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana
b) ¿Se ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía mamaria o ginecológica? c) ¿Está Ud. embarazada actualmente? AUTORIZACIÓN: Confirmo la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que ya que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la correcta aprecio reticente de mi parte libera a la Compañía del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo disputa contratar. Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de dicha información, a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida con motivo u o al Instituto de Salud Pública así como a cualquier médico, clínica, hospital, laboratorio, u otra i a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber t los contenidos o copias de recetas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios reartículo 127 del Código Sanitario. En este acto otorgo mi consentimiento expreso y autorizo a Compañía de Seguros de Vida Codetermine, pueda tomar y procesar las muestras que sean necesarias con el objeto de determ (VIH), así como cualquier otro examen que la Compañía requiera; y a ser informada directam	aciór vesto confo casió instit toma onsor ninar nente	da he n del ri o en el orme lo ón de l tución ado cor onados r la pre e del re	Detalle evolución del embarazo: ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde iesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza o dispone la Ley N°19.628. Por su parte, la Compañía se obliga a presente propuesta de seguro. Además autorizo expresamente de salud que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias nocimiento al prestarme sus servicios, pudiendo tener acceso a s con la salud, según lo dispuesto por el texto actualizado del acional de Seguros S.A. para que, a través del Laboratorio que sencia de anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana esultado de todos los exámenes que se realicen.
b) ¿Se ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía mamaria o ginecológica? c) ¿Está Ud. embarazada actualmente? AUTORIZACIÓN: Confirmo la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que ya que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la correcta apreció reticente de mi parte libera a la Compañía del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispu a contratar. Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de dicha información, a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida con motivo u o al Instituto de Salud Pública así como a cualquier médico, clínica, hospital, laboratorio, u otra i a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber to los contenidos o copias de recetas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios reartículo 127 del Código Sanitario. En este acto otorgo mi consentimiento expreso y autorizo a Compañía de Seguros de Vida Condetermine, pueda tomar y procesar las muestras que sean necesarias con el objeto de determine, pueda tomar y procesar las muestras que sean necesarias con el objeto de determine, pueda tomar y procesar las muestras que sean necesarias con el objeto de determine, pueda tomar y procesar las muestras que sean necesarias con el objeto de determine, pueda tomar y procesar las muestras que sean necesarias con el objeto de determine, pueda tomar y procesar las muestras que sean necesarias con el objeto de determinalmente, declaro conocer y aceptar desde ya que en caso de ser aceptada mi propuesta de	aciór vesto confo casió instit tomo nensor nente segu	da he n del ri o en el orme lo ón de l tución ado cor onados rcio Na r la pre e del re uro po	Detalle evolución del embarazo: ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde iesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza o dispone la Ley N°19.628. Por su parte, la Compañía se obliga a presente propuesta de seguro. Además autorizo expresamente de salud que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias nocimiento al prestarme sus servicios, pudiendo tener acceso a s con la salud, según lo dispuesto por el texto actualizado del acional de Seguros S.A. para que, a través del Laboratorio que sencia de anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana esultado de todos los exámenes que se realicen.
b) ¿Se ha practicado algún exámen de papanicolau, mamografía, ecografía mamaria o ginecológica? c) ¿Está Ud. embarazada actualmente? AUTORIZACIÓN: Confirmo la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que ya que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la correcta aprecio reticente de mi parte libera a la Compañía del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo disputa contratar. Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de dicha información, a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida con motivo u o al Instituto de Salud Pública así como a cualquier médico, clínica, hospital, laboratorio, u otra i a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber t los contenidos o copias de recetas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios reartículo 127 del Código Sanitario. En este acto otorgo mi consentimiento expreso y autorizo a Compañía de Seguros de Vida Codetermine, pueda tomar y procesar las muestras que sean necesarias con el objeto de determ (VIH), así como cualquier otro examen que la Compañía requiera; y a ser informada directam	aciór vesto confo casió instit tomo nensor nente segu	da he n del ri o en el orme lo ón de l tución ado cor onados rcio Na r la pre e del re uro po	Detalle evolución del embarazo: ocultado, omitido o alterado y declaro conocer y aceptar desde iesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza o dispone la Ley N°19.628. Por su parte, la Compañía se obliga a presente propuesta de seguro. Además autorizo expresamente de salud que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias nocimiento al prestarme sus servicios, pudiendo tener acceso a s con la salud, según lo dispuesto por el texto actualizado del acional de Seguros S.A. para que, a través del Laboratorio que esencia de anticuerpos del Virus de Inmunodeficiencia Humana esultado de todos los exámenes que se realicen.

DICTAMEN (uso exclusivo suscripción) Coberturas y Riesgos:

Fecha: ____/___/____