

DECLARACION PERSONAL DE SALUD

Para Seguros de Desgravamen

Día	Mes	Año

I. ANTECEDENTES PERSONALES (Para ser llenado en forma manuscrita, solamente por el asegurado)

R.U.T. ASEGURADO	<input type="text"/>	Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>	Sexo F/M	<input type="checkbox"/>
	Peso <input type="text"/> kilos	Estatura <input type="text"/> metros			
APELLIDOS	<input type="text"/>				
NOMBRES	<input type="text"/>				
OCUPACION	<input type="text"/>				
FUNCION ESPECIFICA	<input type="text"/>				

II. OTROS ANTECEDENTES (Contestar **Sí** o **No** en caso de que alguna de las respuestas sea afirmativa, dar más detalles en el cuadro inferior)

a)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Presenta señales, indicios o síntomas que hagan necesario un diagnóstico médico de padecimiento de cualquier enfermedad? o ¿Está actualmente bajo tratamiento u observación médica, tomando medicamento, drogas, píldoras o inyecciones? Detalle en cuadro inferior.
b)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Ha padecido, o sido tratado, o ha tenido diagnóstico médico de padecer alguna de las siguientes enfermedades: Cardiovasculares, Hematológicas como Leucemia, Linfoma, Anemia (excepto por falta de hierro), Gastrointestinales, del Aparato Digestivo, Broncopulmonares, Genitourinarias y/o del Riñón, Presión Alta o Hipertensión Arterial, enfermedad de la columna o articulaciones, hepatitis (excepto la A), enfermedad al hígado, infarto al miocardio, enfermedad coronaria, cualquier operación al corazón? Detalle en el cuadro inferior.
c)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Ha padecido, o ha sido tratado, o ha tenido diagnóstico médico de padecer alguna de las siguientes enfermedades: Diabetes, Cáncer o cualquier otro tumor benigno o maligno, Sobrepeso u Obesidad, Enfermedades Neurológicas como Epilepsia y Enfermedad de Alzheimer. Detalle en cuadro inferior.
d)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Ha padecido, o ha sido tratado, o ha tenido diagnóstico médico de padecer o ser portador del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas con él, como diarreas crónicas, baja de peso, lesiones o tumores en la piel, etc.? Detalle en cuadro inferior.
e)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Ha padecido, o ha sido tratado, o ha tenido diagnóstico médico de padecer enfermedad del sistema nervioso central o nervios periféricos o ha tenido diagnóstico de que tales tratamientos sean necesarios en su caso? Detalle en cuadro inferior.
f)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Ha padecido, o ha sido tratado, o ha tenido diagnóstico de padecer alguna enfermedad congénita o tiene alguna anomalía de constitución, deformación, amputación, defecto físico o cualquier otra condición invalidante? Detalle en cuadro inferior.
g)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Está sometido a algún tratamiento por causa de alcoholismo, drogas, estupefacientes, trastornos mentales o enfermedades psiquiátricas o ha tenido diagnóstico que tales tratamientos sean necesarios en su caso? o ¿Hace uso habitual o permanente de drogas o medicamentos tales como tranquilizantes u otros similares? Detalle en cuadro inferior.
h)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Ha estado usted alguna vez internado en algún Hospital, Clínica o Sanatorio u otra institución para diagnóstico, operaciones o tratamiento de enfermedad común o accidente? Detalle en cuadro inferior.
i)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Le ha sido rechazado alguna vez un Seguro de Vida o alguna renovación o rehabilitación del mismo? Detalle en cuadro inferior.
j)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Está Ud. embarazada? N° de semanas <input type="text"/>
k)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	¿Realiza usted alguna de las siguientes actividades o deportes: Bombero, ingeniero en minas, radiólogo o afin, ingeniero químico (planta), minero, periodista corresponsal de guerra, vigilantes o afines, piloto de aeronave no comercial, tripulación de aeronave no comercial, miembro de las Fuerzas Armadas, andinismo, automovilismo y afines, benji (caída libre con cuerda), buceo, motociclismo y afines, paracaidismo, planeador, rodeo, surf o cualquier otra actividad o deporte que se pueda considerar peligrosa? Detalle en el cuadro inferior. Detalle: _____ Si en el futuro usted comienza a realizar éstas u otras actividades o deportes que puedan ser considerados peligrosos, deberá informar de ello por escrito a esta Compañía, la que evaluará la aceptación de dicho riesgo.

Enfermedad, accidente o diagnóstico	Fecha de inicio y de alta	Condición actual	Secuelas	Tratamientos

III. ANTECEDENTES DEL CREDITO (Para ser llenado por la institución financiera)

Institución que lo otorga	<input type="text"/>	Sucursal	<input type="text"/>
Nombre del ejecutivo	<input type="text"/>		
Teléfono	<input type="text"/> - <input type="text"/>	Anexo	<input type="text"/> Fax <input type="text"/> - <input type="text"/>
N° de Operación	<input type="text"/>	R.U.T. Codeudor	<input type="text"/> - <input type="text"/>
Monto	<input type="text"/>	UF <input type="checkbox"/> ó \$ <input type="text"/>	
Plazo	<input type="text"/> meses		
Tipo de crédito	Hipotecario <input type="checkbox"/>	Mutuo Hipotecario <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/> _____

"Las declaraciones precedentes son expresión fiel de la verdad sobre mi salud y no he omitido antecedentes que la Compañía deba conocer para apreciar el riesgo y aceptar o rechazar mi solicitud de seguro." Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga conocimiento o registros de mi persona o mi salud, para que pueda dar cualquier información solicitada por MetLife Chile Seguros de Vida S.A. A su vez faculto a esta última para que solicite y retire copia de tales antecedentes, exámenes o informes médicos de las personas o instituciones mencionadas, autorización que otorgo incluso para tener efecto después de mi muerte, en los términos del artículo 2169 del Código Civil.

"Finalmente declaro estar en conocimiento de que es improcedente el pago del seguro si mis declaraciones han sido incompletas, falsas o erróneas."

	DECISION DE LA CIA.	Causal	Sobre tasa o/oo
_____ Firma del Asegurable			

IV. LOCALIZACION DEL ASEGURABLE

DIRECCION PARTICULAR	
COMUNA	
CIUDAD	
TELEFONO PARTICULAR	
DIRECCION COMERCIAL	
COMUNA	
CIUDAD	
TELEFONO COMERCIAL	

V. ¿TIENE ESTA D.P.S. LA INTENCIÓN DE REEMPLAZAR UNA ENVIADA ANTERIORMENTE A LA COMPAÑÍA?

SI NO

SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, INDIQUE EL N° DE D.P.S. QUE DESEA REEMPLAZAR

FIRMA DEL EJECUTIVO

Para agilizar el trámite, comprobar lo siguiente:

1. El asegurado llenó totalmente la portada de este formulario en forma manuscrita.
2. La Institución Financiera llenó totalmente los antecedentes del crédito y localización del asegurable.

USO INTERNO

OBSERVACIONES:	