

Propuesta : _____
 Agente : _____
 Grupo : _____

Declaración Personal de Salud

El siguiente cuestionario debe ser leído, aceptado y firmado en su totalidad por el Asegurable, para los hijos menores a 18 años el Asegurable Principal podrá firmar la presente declaración.

RUT	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Dirección Particular	Comuna	Ciudad	Teléfono Particular
Dirección Comercial	Comuna	Ciudad	Teléfono Comercial
Sexo	Estado Civil	E-mail	Fecha de Nacimiento:
Nombre del Empleador	Relación con el Contratante		Ingreso aprox. mensual \$

Verifique que las respuestas correspondan a lo declarado por usted:

1. ¿Cuál es su ocupación o actividad?: _____ a) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Realiza usted su ocupación o actividad fuera del país?
2. ¿Cuál es su relación con el contratante?: _____
3. ¿Cuál es su estatura en centímetros?: _____ centímetros
4. ¿Cuál es su peso en kilogramos?: _____ kilogramos
5. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Le ha sido rechazada, pospuesta o aceptada con recargo alguna solicitud de seguro de vida, salud o accidente, en esta u otra compañía?
6. ¿Ha padecido usted o ha sido diagnosticado de: a) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alguna enfermedad del aparato cardiovascular o enfermedad coronaria? b) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alguna enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio? c) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alguna enfermedad de la columna, articulaciones o músculo-esquelético? d) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alguna enfermedad gastrointestinal, hepática o del páncreas? e) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alguna enfermedad del aparato genitourinario? f) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alguna enfermedad del sistema nervioso central y/o periférico? g) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial o presión alta? h) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diabetes, glicemia elevada u otra enfermedad endocrina? i) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cáncer o cualquier tipo de tumor (incluye leucemia)? j) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedades o trastornos mentales? k) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Enfermedades de los órganos de los sentidos (ojos, oídos, boca)?

Propuesta : _____
 Agente : _____
 Grupo : _____

7. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución para observación, estudio, diagnóstico, operación o tratamiento?
8. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Ha padecido o ha recibido tratamiento por alguna enfermedad Venérea, Hepatitis, SIDA y/o HIV positivo?
9. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Ha recibido alguna vez tratamiento basado en hemoderivados o alguna transfusión de sangre?
10. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Consume o ha consumido drogas o estupefacientes?
11. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Ha sido tratado por alcoholismo o consumo de drogas?
12. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Tiene alguna anormalidad de constitución, deformación, amputación u otro defecto físico?
13. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Usted fuma o fumaba?
14. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Consume bebidas alcohólicas?

Respuestas para asegurables del sexo femenino

15. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Esta usted embarazada?
16. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Ha tenido enfermedades del útero, ovarios, mamas, trompas o genitales externos?

Respuestas para Deportes y Actividades

17. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Es usted Bombero?
18. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Es usted miembro activo de las FFAA?
19. Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Practica algún deporte o hobby? Cuál?

Declaro mi entera conformidad a la presente Declaración Personal de Salud y a cada una de sus respuestas señaladas desde la 1 a la 19 y que he entendido y he contestado en forma completa, veraz y sincera a todas y cada una de las preguntas antes formuladas, y que entiendo y acepto que esta declaración forma parte integrante del contrato de seguro y que es esencial para la validez del mismo.

Comprendo y concuerdo que cualquier declaración falsa, errónea o mera reticencia en cuanto a las respuestas que he contestado, implica la nulidad del contrato de seguro. Adicionalmente, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga registros personales o de salud de cualquier asegurable incluido en este seguro, para que pueda dar, entregar o proporcionar cualquier información solicitada por MetLife Chile Seguros de Vida S.A. A su vez faculto a esta última para que solicite y retire copias de tales antecedentes, exámenes o informes médicos de las personas e instituciones mencionadas, autorización que otorgo incluso para tener efecto después de mi muerte.

Firma del Asegurable

Fecha