

La siguiente declaración debe ser leída, respondida, aceptada y firmada en su totalidad por el Propuesto Asegurado Titular. Tenga presente que se entiende por enfermedades, dolencias o condiciones médicas preexistentes aquellas diagnosticadas o conocidas por el Asegurado y sus dependientes con anterioridad a la fecha de firma de la presente declaración.

I. ANTECEDENTES DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR						
RUT	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo (F/M)	Parentesco	Peso (kgs)	Estatura (cms)

OTROS ANTECEDENTES DEL PROPUESTO ASEGURADO TITULAR		
Actividad u Ocupación (Dar detalles):	Lugar de trabajo: <input type="checkbox"/> Oficina ___ % <input type="checkbox"/> Terreno ___ %	Tipo de trabajador: <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente
Dirección distinta a la del Contratante:	Teléfono de contacto:	Nacionalidad: <input type="checkbox"/> Chilena <input type="checkbox"/> Otra: _____
Inst. Sistema de Salud Previsional <input type="checkbox"/> Isapre Colmena <input type="checkbox"/> Fonasa <input type="checkbox"/> Otras (Isapres o Instituciones):	Relación con el Contratante: <input type="checkbox"/> mismo <input type="checkbox"/> cónyuge <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> hijo <input type="checkbox"/> otro: _____	

II. ASEGURADOS DEPENDIENTES PROPUESTOS (Parentesco: Cónyuge o Conviviente, Hijo)						
RUT	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo (F/M)	Parentesco	Peso (kgs)	Estatura (cms)

III. PREGUNTAS PARA PROPUESTO ASEGURADO TITULAR	
1) ¿Tiene conocimiento de padecer o haber padecido o se encuentra en estudio, o control por alguna situación o condición, o ha estado en tratamiento u hospitalizado o ha sido usted diagnosticado por un médico de:	
a) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	alguna enfermedad o dolencia cardiovascular tales como: enfermedad coronaria, infarto, pre-infarto, angina, angioplastias, cirugía by-pass, insuficiencia cardíaca, arritmias, hipertensión arterial, presión alta, valvulopatías, miocardiopatías, hipertensión pulmonar, aneurisma o disecciones arteriales, tromboembolismo, várices, enfermedad reumática, soplos u otras del sistema circulatorio no señaladas anteriormente?
b) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	alguna enfermedad o dolencia de los pulmones tales como: asma, enfisema, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), hipertensión pulmonar, fibrosis pulmonar, apnea del sueño, neumotórax, tuberculosis u otras del sistema respiratorio no señaladas anteriormente?
c) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	alguna enfermedad o dolencia de la columna (cualquier segmento), articulaciones o músculo-esquelético, sistema locomotor, anomalía de constitución, deformación, amputación, anomalía congénita, incluyendo hernias, artrosis y enfermedades reumatológicas tales como: artritis reumatoide, lupus, distrofias musculares, fibromialgia u otras del sistema musculoesquelético no señaladas anteriormente?

FEB 20 ORIGINAL COMPañIA

d) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	alguna enfermedad o dolencia gastrointestinal, hepática, vesícula y del páncreas tales como: hemorragia digestiva de cualquier causa, úlcera digestiva, reflujo, daño hepático crónico (hepatitis crónica, cirrosis hepática, etc.), colitis ulcerosa o enfermedad de crohn, diverticulitis, pólipos, hemorroides, pancreatitis, hernias, cálculos u otras del sistema digestivo no señaladas anteriormente?
e) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	alguna enfermedad o dolencia del aparato genitourinario (enfermedades de los riñones, uretra, uréteres, esfínter, vejiga, testículo, próstata) tales como: infecciones urinarias a repetición, litiasis renal, prostatitis, hiperplasia prostática, nefropatías o insuficiencia renal en cualquier estado, pielonefritis, nefritis, cálculos renales, nefrectomía, riñones poliquísticos u otras no señaladas anteriormente?
f) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	alguna enfermedad o dolencia del sistema nervioso central y/o periférico, tales como: epilepsia, meningitis, mareos o vértigos, desmayos, convulsiones, cefaleas, trastornos del habla, parálisis, neuropatías, esclerosis múltiple, parkinson, accidente vascular encefálico (ataque o infarto cerebral), demencia, enfermedad de alzheimer o secuelas de traumatismo encéfalo craneano, encefalopatías u otras no señaladas anteriormente?
g) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	alguna enfermedad o dolencia endocrina, nutricional o metabólica, tales como: insuficiencia hipofisiaria, insuficiencia suprarrenal, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, diabetes, hipo o hiperglicemia, hiperinsulinemia, enfermedades de la tiroides, obesidad, sobrepeso, tratamiento hormonal, gota u otras no señaladas anteriormente?
h) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	alguna enfermedad o dolencia neoplásica, cualquier tipo de quiste o tumor benigno o maligno, cáncer en cualquier localización o grado, incluyendo leucemias, linfomas, mieloma u otras no señaladas anteriormente?
i) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	alguna enfermedad psiquiátrica o mental tales como: trastorno del ánimo/humor (depresión, trastorno bipolar, etc.), esquizofrenia, dependencia a sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, drogas, u otras), trastornos neuróticos, trastornos de la personalidad, crisis de pánico, trastornos de ansiedad, psicopatías, trastornos de adaptación, déficit atencional, trastornos del aprendizaje u otras no señaladas anteriormente?
j) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	alguna enfermedad o dolencia de los ojos, oídos, boca, nariz, piel, o garganta, tales como: miopía, astigmatismo, presbicia, hipermetropía, estrabismo, cataratas, ceguera, glaucoma, retinopatía, hipoacusia, sordera, otitis crónica, vértigo, rinitis, desviación de tabique nasal, pólipos, melanoma, hemangiomas, psoriasis, dermatitis, acné severo, rosácea u otras no señaladas anteriormente?
k) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	alguna enfermedad del útero, ovarios, mamas, trompas o genitales, miomas, endometriosis, abortos voluntarios o involuntarios, tratamientos de fertilidad o infertilidad, preeclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, o presenta embarazo actual?
2) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Ha estado alguna vez en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución para observación, estudio, examen, diagnóstico, padecimiento, intervención quirúrgica, operación, terapia, tratamiento o tomando medicamento, drogas, píldoras o inyecciones de cualquier tipo?
3) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Ha tenido alguna variación de más o menos de 5 kgs de peso en el último año?
4) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Ha padecido o ha recibido tratamiento por alguna enfermedad venérea, sífilis, gonorrea, hepatitis, SIDA y/o HIV positivo, tratamiento basado en hemoderivados o alguna transfusión de sangre u otras no señaladas anteriormente?
5) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Consume o ha consumido drogas o estupefacientes, marihuana, anfetaminas, cocaína, LSD, éxtasis u otras no señaladas anteriormente?
6) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Usted fuma o fumaba cigarrillos o tabaco en cualquiera de sus formas? Indicar la cantidad diaria que fuma o fumaba, y hace cuánto tiempo dejó de fumar:

7) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Consumo bebidas alcohólicas? Indicar la cantidad semanal:
8) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Le ha sido rechazada, pospuesta o aceptada con sobreprima alguna solicitud para la contratación de un seguro de vida, salud o accidente, rehabilitación o renovación en esta u otra compañía?
9) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Ha tenido usted o alguno de sus dependientes licencias médicas en los últimos 24 meses? Si su respuesta es afirmativa, indique diagnóstico y número de días de licencia.
10) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Tiene antecedentes familiares de diabetes, hipertensión arterial, infarto cardíaco, accidente cerebrovascular, cáncer? si la respuesta es afirmativa indique quién y qué enfermedad.
11) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Tiene conocimiento de padecer o haber padecido o se encuentra en estudio, o control por alguna otra situación o condición u otro diagnóstico médico o de salud, enfermedad, tratamiento, operación, dolencia no mencionado en las preguntas anteriores?

**PROPUESTO ASEGURADO TITULAR:** Si alguna de las preguntas anteriores ha sido respondida en afirmativo (Sí), proporcione la información correspondiente en el siguiente cuadro:

Número de Pregunta	Fecha, enfermedad, diagnóstico, dolencia, situación o condición médica, tratamiento, estado actual, secuelas.

Deportes y Actividades	
12) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Realiza usted actividades, tales como, piloto o tripulante de avión civil o comercial, supervisión de obras o faenas, bombero, guardia de seguridad con o sin porte de armas, miembro activo de las FFAA, chofer de bus, taxi o ambulancia; uso de moto, scooter o bicicleta como medio de transporte; equipo de rescate, buzo, trabajos en altura, actividades asociadas a explosivos, sustancias corrosivas o tóxicas, alto o bajo voltaje, uso de sierras mecánicas, soldaduras, maquinaria pesada, carga y descarga de vehículos, trabajos en altamar, en minas de superficie o bajo tierra u otra actividad similar? <b>Si la respuesta es afirmativa, por favor detalle qué actividad practica:</b> _____
13) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Practica alguno de los siguientes deportes o hobby en forma amateur o profesional, tales como buceo, inmersión submarina, montañismo, andinismo, escalada, carrera de autos, motos, lanchas, caballos, parapente, canopy, benjie, kayak, rappel, rugby, artes marciales, paracaidismos, alas delta, boxeo, rodeo, equitación, ski o snowboard fuera de canchas habilitadas, competencias de ciclismo en ruta o senderos, u otros no mencionados? <b>Si la respuesta es afirmativa, por favor detalle qué deportes o hobby practica:</b> _____

IV. PREGUNTAS PARA LOS ASEGURADOS DEPENDIENTES PROPUESTOS (Parentesco: Cónyuge o Conviviente, Hijo)	
14) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Alguno de sus dependientes tiene conocimiento de padecer o haber padecido o se encuentra en estudio, o control por alguna situación o condición o ha estado en tratamiento u hospitalizado o ha sido diagnosticado por un médico por alguna enfermedad y/o dolencia señalada en las preguntas 1,2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11?
15) Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Alguno de sus dependientes realiza o practica alguna de las actividades, deportes o hobby descritos en las preguntas 12 y 13?

**ASEGURADOS DEPENDIENTES PROPUESTOS:** Si alguna de las preguntas anteriores ha sido respondida en afirmativo (Sí), entonces proporcione la información correspondiente en el siguiente cuadro:

Nombre del Propuesto Asegurado	Nª Pregunta	Fecha, enfermedad, diagnóstico, dolencia, situación o condición médica, tratamiento, estado actual, secuelas, actividad, deporte y/o hobby

Mediante el llenado de la siguiente declaración no se obtiene cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. Las coberturas solicitadas en la propuesta entrarán en vigencia cuando el riesgo haya sido aceptado por la Compañía y la póliza haya sido emitida. Antes de aceptar el riesgo, la Compañía hará diversos trámites y entre otros, podrá requerir la presentación de documentos, exigir la realización de exámenes médicos, excluir alguna cobertura, excluir alguna preexistencia que el propuesto asegurado haya declarado y cobrar al contratante una cantidad de dinero que, en caso de aceptación del riesgo, constituirá parte de la primera prima del seguro.

Declaro mi entera conformidad con cada una de las preguntas y respuestas completadas por mí en este documento, mediante el llenado de la presente Declaración Personal de Salud en mí nombre y en el de los Asegurados Dependientes propuestos individualizados en este documento, y asimismo declaro que he entendido y contestado en forma completa, veraz, sincera y sin reticencias. Entiendo y acepto que esta declaración forma parte integrante del contrato de seguros y que es esencial para la validez del mismo.

Comprendo y acepto que cualquier declaración falsa, errónea o una mera reticencia o inexactitud en cuanto a las respuestas que he contestado, puede implicar la nulidad del contrato de seguros y que, en la medida que se trate de circunstancias determinantes, facultarán a la Compañía a rescindir o poner término al contrato, en conformidad con el artículo 525 del Código de Comercio.

Tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad, dolencia, y en general cualquier situación médica preexistente declarada en los puntos III y IV, implica que respecto de ella(s) los beneficios de este seguro no operan si la causa del siniestro fuere producto de una de las enfermedades, dolencias, y en general cualquier situación médica o condición de salud preexistentes señaladas por mí en este formulario. También acepto que, en caso de no declarar en este formulario mis enfermedades, dolencias, y en general cualquier situación médica o condición de salud preexistentes, así como de los Asegurados Dependientes propuestos, significará que la cobertura del seguro no operará si la causa del siniestro fuese producto de una de las enfermedades, dolencias, y en general cualquier situación médica o condición de salud comprendidas en los puntos III y IV de este formulario.

Asimismo, autorizo a Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. para que solicite la práctica de exámenes médicos de cualquier propuesto Asegurado incluido en esta declaración, en conformidad con el artículo 590 del Código de Comercio. Adicionalmente, autorizo a cualquier médico, prestadores públicos o privados, Compañías de Seguros, Instituciones de Salud, incluido el Instituto de Salud Pública de Chile u otra institución o persona que tenga registros personales o de salud de cualquier propuesto Asegurado incluido en este seguro, para que pueda dar, entregar o proporcionar a Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. los antecedentes que ellos posean y que sean necesarios para la acreditación y/o evaluación del evento denunciado. También faculto a Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. 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. En este acto, autorizo expresamente a Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. para requerir a las instituciones antes señaladas todos los antecedentes necesarios, incluidos datos sensibles, para evaluar la procedencia de la cobertura y para dar a conocer, en el proceso de revisión de la procedencia de esta cobertura, el contenido de esta Declaración Personal de Salud.

Adicionalmente, por este acto, y según lo dispuesto en la ley N°19.628 sobre Protección de la Vida Privada y Protección de Datos Personales, sus modificaciones o las leyes que en el futuro pudieran reemplazarla, doy mi consentimiento y autorización expresa para que Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A., sus representantes, sucesores o cesionarios o terceros prestadores de servicios que estuvieran ubicados dentro o fuera de Chile, puedan proceder al tratamiento, la transmisión o transferencia de todos o parte de los datos personales e información respecto de los propuestos Asegurados incluidos en este seguro que declaro haber entregado voluntariamente a su disposición, para efectos de poder liquidar un siniestro y hacer efectivo el(los) beneficio(s) que puede(n) estar asociado(s) al seguro contratado, así como para efecto de almacenamiento de la información. Del mismo modo, autorizo formalmente a Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. para que, en caso de corresponder, solicite a Isapre Colmena el detalle de documentos emitidos a mí nombre o al de mis Asegurados Dependientes propuestos, para con ello proceder a la liquidación de dichos gastos en forma interna y de esta forma otorgar la cobertura contratada a los gastos incurridos, si ello correspondiera.

**Firma del Propuesto Asegurado Titular:**

Fecha

DÍA	MES	AÑO