

Declaración de Salud Seguro Colectivo



Identificación.

Antecedentes del Contratante.	
RUT:	Razón Social:
Antecedentes del Asegurable	
RUT:	Nombre:
Dirección Particular:	
Datos Contacto	
	Celular:
	Email:

Antecedentes de la Solicitud	
Fecha:	Plan: Renta Dependencia Santander
Seguro Contratado	
Seguro Renta Dependencia	Póliza:

Declaración de Salud

Usted se está incorporando a un Seguro de Renta Dependencia, dado lo cual es necesario que informe algunos antecedentes médicos que permitan a EuroAmerica evaluar las condiciones de aseguramiento. Por favor responda las siguientes dos preguntas:

1. ¿Ha tenido licencias médicas por más de 1 mes?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
---	--

Si su respuesta a la pregunta N° 1 es Si, por favor responda lo siguiente:

Diagnóstico:	
Fecha (desde - hasta)	
Detalle condición actual: (alta médica, en tratamiento, etc)	

2. ¿Tiene pensión de invalidez parcial o total, por enfermedad o accidente, o se encuentra tramitando algún tipo de invalidez?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	--

Si su respuesta a la pregunta N°2 es Si, por favor responda lo siguiente:

Diagnóstico:	
Fecha (desde - hasta)	
Detalle condición actual:	

• Confirmando la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o alterado, doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de EuroAmerica y que una declaración falsa o reticencia de mi parte, libera a EuroAmerica del pago del seguro. Además, autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias a entregar a EuroAmerica todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber tornado conocimiento prestarme sus servicios.

• Autorizo a cualquier institución o persona que mantenga registro de salud míos, para que pueda entregar la información solicitada por EuroAmerica Seguros de Vida S.A.. A su vez falculto a ésta última para que solicite o retire copias de tales antecedentes. De acuerdo a la Ley N° 19.628, por este acto falculto expresamente a EuroAmerica a la que estoy solicitando el(los) presente(s) seguro(s), o quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Declaro haber sido informado que estos datos son para el uso exclusivo de la compañía aseguradora en general todo lo que diga relación con los contratos que celebre con la aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, para estos mismos fines.

• Esta declaración personal de salud tiene una validez de 30 días desde su fecha de emisión.



Declaración de Salud Seguro Colectivo



La liquidación de cada siniestro la practicará de manera directa EuroAmerica, lo que representa una condición esencial para la contratación de este seguro. De esta forma además, EuroAmerica da por cumplida la obligación de informar al asegurado la decisión respecto de la liquidación, según lo señalado en el DS N° 1.055 de 2012 del Ministerio de Hacienda, sobre Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros, en cuanto al proceso de liquidación, conforme a la presente póliza. El contratante declara en éste acto aceptar la forma de liquidación señalada.

Firma Empleador

Fecha: _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Firma Asegurado Titular

Fecha: _____ / _____ / _____
Día Mes Año