



**DECLARACION JURADA DE SALUD
SEGURO DE DESGRAVAMEN**

ANTECEDENTES DEL CONTRATANTE

NOMBRE O RAZON SOCIAL ADM. DE MUTUOS HIPOTECARIOS CRUZ DEL SUR S.A	RUT CONTRATANTE 96.538.310-7	N° POLIZA 18230
--	--	---------------------------

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUT	
FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	TIPO DE CREDITO		MONTO CREDITO	MONEDA CREDITO	PLAZO CREDITO	
		HIPOTECARIO <input type="checkbox"/> CONSUMO <input type="checkbox"/> L. CREDITO <input type="checkbox"/> OTROS <input type="checkbox"/>				MESES	

POR EL PRESENTE DOCUMENTO DECLARO NO PADECER O HABER SIDO SOMETIDO A EXAMENES, TRATAMIENTOS O ESTUDIOS MEDICOS CON MOTIVO O COMO CONSECUENCIA DE:

- 1.- Tumor, Cáncer, Sida o Enfermedades a los Ganglios.
- 2.- Diabetes, Enfermedades a la Tiroides u otra alteración Endocrina.
- 3.- Trastornos Mentales, Jaquecas, Convulsiones, Vértigos, Parálisis o alguna otra Enfermedad del Sistema Nervioso.
- 4.- Hipertensión Arterial, Infarto Miocardio, Soplo Cadiáco, Colesterol Alto, Enfermedad Reumática, Angina de Pecho u otra Enfermedad Cardiovascular.
- 5.- Tratamiento por Alcoholismo y/o Drogadicción.
- 6.- Indicar: Peso: _____ Kgs. Estatura: _____ Cms.

EN CASO DE TENER ALGUNA DE LAS ENFERMEDADES INDICADA EN LOS PUNTOS ANTERIORES O ALGUNA OTRA ENFERMEDAD, POR FAVOR INDIQUE SU ESTADO ACTUAL DE SALUD, DIAGNOSTICO Y EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD.

CONFIRMO LA EXACTITUD Y SINCERIDAD DE LAS DECLARACIONES ARRIBA EXPRESADAS, QUE NADA HE OCULTADO, OMITIDO O ALTERADO Y ME DOY POR ENTERADO QUE DICHAS DECLARACIONES CONSTITUYEN LOS ELEMENTOS INDISPENSABLES PARA LA APRECIACION DEL RIESGO POR PARTE DE LA COMPAÑIA Y QUE, UNA DECLARACION FALSA O RETICENCIA DE MI PARTE, LIBERA A LA COMPAÑIA DEL PAGO DEL SEGURO, ADEMÁS AUTORIZO EXPRESAMENTE A CUALQUIER MEDICO U OTRA PERSONA O INSTITUCION QUE ME HUBIESE RECONOCIDO EN MIS DOLENCIAS, A ENTREGAR A LA COMPAÑIA TODOS LOS DATOS O ANTECEDENTES CLINICOS QUE PUDIERA TENER TOMADO CONOCIMIENTO AL PRESTARME SUS SERVICIOS, INCLUSO EN CASO DE MUERTE.

ESTA DECLARACION NO OTORGA COBERTURA HASTA HABER SIDO EVALUADA Y ACEPTADA POR LA COMPAÑIA.

_____ FECHA DE LA SOLICITUD	_____ FIRMA DEL ASEGURABLE	
PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑIA		
	V°B° DPTO. EVALUACION	
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">FECHA DE EVALUACION</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">RATING</td> </tr> </table>	FECHA DE EVALUACION
FECHA DE EVALUACION	RATING	