

Nombre y Apellido del Beneficiario	Diagnóstico	Intervención Quirúrgica	Fecha aprox. Diagnóstico
2. Enfermedades del sistema respiratorio: por ejemplo, asma, enfisema, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis, alergias respiratorias, sinusitis, enfermedades de las vías respiratorias altas (faringe) o bajas (laringe, tráquea, bronquios, pulmones) o cualquier enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Enfermedades del corazón y sistema circulatorio: por ejemplo, infarto del miocardio, enfermedad coronaria, angina de pecho, enfermedad reumática, hipertensión arterial, soplos al corazón, arritmias, accidentes cerebrovasculares, aneurismas, várices, flebitis, úlceras vasculares o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Enfermedades del sistema digestivo: por ejemplo, úlcera al estómago o duodeno, tumores del estómago o del intestino, hemorragias digestivas, hemorroides, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, pancreatitis, cálculos biliares, hepatitis, cirrosis, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo, como esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, vía biliar, páncreas.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. Enfermedades ginecológicas y de las mamas: por ejemplo, tumores, quistes, cáncer, miomas, endometriosis, endometritis o cualquier otra enfermedad de este sistema como enfermedades del útero, de la mama y ovarios.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. Enfermedades renales o del sistema genitourinario: por ejemplo, nefritis, cistitis, cálculo al riñón, hiperplasia, adenoma o cáncer de la próstata, varicocele, tumores renales, vesicales o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular: por ejemplo, lumbago, lumbociática, gota, artritis, artrosis, reumatismo, fracturas, hernia del núcleo pulposo, síndrome del túnel carpiano, enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético: por ejemplo, anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, linfoma, leucemia o cualquier otra enfermedad de la sangre o componentes del sistema hematopoyético como los ganglios, vasos linfáticos y el bazo.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas: por ejemplo, hipotiroidismo e hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulínica, enfermedad de Addison, tumor de la hipófisis o tiroides, o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10. Tumores y/o enfermedades oncológicas: por ejemplo, cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo: por ejemplo, melanoma, hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, dermatitis, acné severo, rosácea u otras enfermedades dermatológicas.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12. Enfermedades del oído, nariz y garganta: por ejemplo, sordera, otitis, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Nombre y Apellido del Beneficiario	Diagnóstico	Intervención Quirúrgica	Fecha aprox. Diagnóstico
13. Enfermedades oculares: por ejemplo, miopía, astigmatismo, hipermetropía, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
14. Enfermedades infecciosas y parasitarias: por ejemplo, sífilis, gonorrea, rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, Hidatidosis, VIH positivo, SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
15. Enfermedades del embarazo, parto o puerperio: por ejemplo, embarazo molar, preclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, asfisia neonatal, parto prematuro.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
16. Traumatismos físicos, accidentes y quemaduras: Indique cualquier accidente, con o sin secuelas, detallando si es de origen laboral o no, deformidad adquirida, TEC, fracturas.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
17. Cirugías estéticas: por ejemplo, rinoplastia, lipoaspiración, implantes mamarios, abdominoplastia o cualquier otra cirugía con fines de embellecimiento.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
18. Infertilidad o Esterilidad: indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha recibido o está en tratamiento de fertilidad por infertilidad o esterilidad.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
19. Licencias médicas anteriores: ¿Ha tenido Ud. o alguno de sus beneficiarios licencias médicas en los últimos 24 meses por diagnósticos distintos a una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual? Si su respuesta es afirmativa indique diagnóstico y número de días de la(s) licencia(s).			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
20. Indique Hospitalizaciones anteriores: Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo un diagnóstico distinto a una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
21. Prótesis, Órtesis: señale si utiliza usted o cualquiera de sus beneficiarios algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audífonos, lentes ópticos, marcapaso, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
22. Otras enfermedades físicas: Consigne aquí si Ud. o alguno de sus beneficiarios padece o ha padecido alguna enfermedad o condición de salud, lesión o cualquier otra condición médica y/o enfermedad física declarable que no esté identificada anteriormente y que se le haya diagnosticado médicamente. Se excluyen de esta declaración las enfermedades mentales y las discapacidades psíquicas e intelectuales.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

D DECLARACIÓN

El interesado que suscribe autoriza a la Isapre para solicitar información médica exclusivamente relacionada sólo con los datos declarados en este documento, respecto de sí mismo o de sus beneficiarios de quienes sea el representante legal, frente a dudas que pudieran surgir de esta declaración, con el único objeto de evaluar debidamente el riesgo de salud comprometido, para decidir la aceptación o el rechazo de la suscripción del contrato o eventualmente proponer determinadas restricciones de cobertura para la suscripción del mismo.

La autorización otorgada no se extiende para obtener antecedentes relacionados con enfermedades mentales, discapacidades psíquicas o intelectuales y, en general, cualquier información que revele el estado de salud mental del solicitante o de sus beneficiarios de quienes sea el representante legal.

Para obtener información sobre los demás beneficiarios respecto de los cuales el interesado no es el representante legal, la Isapre deberá conseguir una autorización expresa de cada uno de ellos. De requerírsela, el interesado se obliga a obtener dicha autorización del respectivo beneficiario, declarando conocer que, de no contar con ella, la Isapre podrá rechazar la afiliación.

Declaro que he respondido en forma **EXACTA Y VERAZ** cada una de las preguntas que constan en este documento respecto de patologías y enfermedades declarables.

Firma / Huella digital del interesado

Fecha

DÍA	MES	AÑO

E EVALUACIÓN CONTRALORÍA MÉDICA Y RESTRICCIONES TEMPORALES DE COBERTURA

La Isapre ha considerado las siguientes restricciones temporales de cobertura para las preexistencias que han sido declaradas en este documento. Estas restricciones no pueden ser superiores a 18 meses, los que se contarán desde la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario, en su caso.

Nombre Beneficiario	Diagnóstico	Cobertura		Código Enfermedad	Observaciones
		Porcentaje	Plazo		

Nombre y Firma Médico de la Isapre

Fecha

DÍA	MES	AÑO

F RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PARTE DE LA ISAPRE

Aceptado: Sin restricción Con restricción

Rechazado: Motivo del rechazo

(Si la isapre rechaza la afiliación deberá devolver al cotizante este formulario y los demás antecedentes acompañados).

En caso de rechazo, con la finalidad de ser aceptado en la Institución de Salud Previsional, **el interesado podrá solicitar** por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, que la Isapre le otorgue para las enfermedades preexistentes declaradas, por 18 meses más, la cobertura mínima legal. No obstante tal solicitud, la isapre igualmente puede mantener su negativa de aceptación.

La Isapre acepta la afiliación con restricción por un plazo adicional, según se indica en el recuadro establecido en la letra E.

Sí No

G SUSCRIPCIÓN DE LA DECLARACIÓN DE SALUD

El afiliado acepta las restricciones temporales de cobertura para las patologías declaradas.

Sí No

Firma Cotizante

Fecha

DÍA	MES	AÑO

Firma y RUN Agente de Ventas

Firma y RUN Supervisor del proceso de afiliación

Folio F.U.N. Asociado

Nombre y Apellido del Beneficiario	Diagnóstico	Intervención Quirúrgica	Fecha aprox. Diagnóstico
2. Enfermedades del sistema respiratorio: por ejemplo, asma, enfisema, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis, alergias respiratorias, sinusitis, enfermedades de las vías respiratorias altas (faringe) o bajas (laringe, tráquea, bronquios, pulmones) o cualquier enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3. Enfermedades del corazón y sistema circulatorio: por ejemplo, infarto del miocardio, enfermedad coronaria, angina de pecho, enfermedad reumática, hipertensión arterial, soplos al corazón, arritmias, accidentes cerebrovasculares, aneurismas, várices, flebitis, úlceras vasculares o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4. Enfermedades del sistema digestivo: por ejemplo, úlcera al estómago o duodeno, tumores del estómago o del intestino, hemorragias digestivas, hemorroides, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, pancreatitis, cálculos biliares, hepatitis, cirrosis, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo, como esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, vía biliar, páncreas.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5. Enfermedades ginecológicas y de las mamas: por ejemplo, tumores, quistes, cáncer, miomas, endometriosis, endometritis o cualquier otra enfermedad de este sistema como enfermedades del útero, de la mama y ovarios.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6. Enfermedades renales o del sistema genitourinario: por ejemplo, nefritis, cistitis, cálculo al riñón, hiperplasia, adenoma o cáncer de la próstata, varicocele, tumores renales, vesicales o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7. Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular: por ejemplo, lumbago, lumbociática, gota, artritis, artrosis, reumatismo, fracturas, hernia del núcleo pulposo, síndrome del túnel carpiano, enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8. Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético: por ejemplo, anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, linfoma, leucemia o cualquier otra enfermedad de la sangre o componentes del sistema hematopoyético como los ganglios, vasos linfáticos y el bazo.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas: por ejemplo, hipotiroidismo e hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulínica, enfermedad de Addison, tumor de la hipófisis o tiroides, o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
10. Tumores y/o enfermedades oncológicas: por ejemplo, cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
11. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo: por ejemplo, melanoma, hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, dermatitis, acné severo, rosácea u otras enfermedades dermatológicas.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
12. Enfermedades del oído, nariz y garganta: por ejemplo, sordera, otitis, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz y garganta.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Nombre y Apellido del Beneficiario	Diagnóstico	Intervención Quirúrgica	Fecha aprox. Diagnóstico
13. Enfermedades oculares: por ejemplo, miopía, astigmatismo, hipermetropía, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
14. Enfermedades infecciosas y parasitarias: por ejemplo, sífilis, gonorrea, rubéola, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, Hidatidosis, VIH positivo, SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
15. Enfermedades del embarazo, parto o puerperio: por ejemplo, embarazo molar, preclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, asfisia neonatal, parto prematuro.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
16. Traumatismos físicos, accidentes y quemaduras: Indique cualquier accidente, con o sin secuelas, detallando si es de origen laboral o no, deformidad adquirida, TEC, fracturas.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
17. Cirugías estéticas: por ejemplo, rinoplastia, lipoaspiración, implantes mamarios, abdominoplastia o cualquier otra cirugía con fines de embellecimiento.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
18. Infertilidad o Esterilidad: indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha recibido o está en tratamiento de fertilidad por infertilidad o esterilidad.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
19. Licencias médicas anteriores: ¿Ha tenido Ud. o alguno de sus beneficiarios licencias médicas en los últimos 24 meses por diagnósticos distintos a una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual? Si su respuesta es afirmativa indique diagnóstico y número de días de la(s) licencia(s).			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
20. Indique Hospitalizaciones anteriores: Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo un diagnóstico distinto a una enfermedad mental o discapacidad psíquica o intelectual.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
21. Prótesis, Órtesis: señale si utiliza usted o cualquiera de sus beneficiarios algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audífonos, lentes ópticos, marcapaso, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
22. Otras enfermedades físicas: Consigne aquí si Ud. o alguno de sus beneficiarios padece o ha padecido alguna enfermedad o condición de salud, lesión o cualquier otra condición médica y/o enfermedad física declarable que no esté identificada anteriormente y que se le haya diagnosticado médicamente. Se excluyen de esta declaración las enfermedades mentales y las discapacidades psíquicas e intelectuales.			Declara SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

D DECLARACIÓN

El interesado que suscribe autoriza a la Isapre para solicitar información médica exclusivamente relacionada sólo con los datos declarados en este documento, respecto de sí mismo o de sus beneficiarios de quienes sea el representante legal, frente a dudas que pudieran surgir de esta declaración, con el único objeto de evaluar debidamente el riesgo de salud comprometido, para decidir la aceptación o el rechazo de la suscripción del contrato o eventualmente proponer determinadas restricciones de cobertura para la suscripción del mismo.

La autorización otorgada no se extiende para obtener antecedentes relacionados con enfermedades mentales, discapacidades psíquicas o intelectuales y, en general, cualquier información que revele el estado de salud mental del solicitante o de sus beneficiarios de quienes sea el representante legal.

Para obtener información sobre los demás beneficiarios respecto de los cuales el interesado no es el representante legal, la Isapre deberá conseguir una autorización expresa de cada uno de ellos. De requerírsela, el interesado se obliga a obtener dicha autorización del respectivo beneficiario, declarando conocer que, de no contar con ella, la Isapre podrá rechazar la afiliación.

Declaro que he respondido en forma **EXACTA Y VERAZ** cada una de las preguntas que constan en este documento respecto de patologías y enfermedades declarables.

Firma / Huella digital del interesado

Fecha

DÍA	MES	AÑO

E EVALUACIÓN CONTRALORÍA MÉDICA Y RESTRICCIONES TEMPORALES DE COBERTURA

La Isapre ha considerado las siguientes restricciones temporales de cobertura para las preexistencias que han sido declaradas en este documento. Estas restricciones no pueden ser superiores a 18 meses, los que se contarán desde la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario, en su caso.

Nombre Beneficiario	Diagnóstico	Cobertura		Código Enfermedad	Observaciones
		Porcentaje	Plazo		

Nombre y Firma Médico de la Isapre

Fecha

DÍA	MES	AÑO

F RESULTADO DE LA EVALUACIÓN POR PARTE DE LA ISAPRE

Aceptado: Sin restricción Con restricción

Rechazado: Motivo del rechazo

(Si la isapre rechaza la afiliación deberá devolver al cotizante este formulario y los demás antecedentes acompañados).

En caso de rechazo, con la finalidad de ser aceptado en la Institución de Salud Previsional, **el interesado podrá solicitar** por escrito, con copia a la Intendencia de Fondos y Seguros Previsionales de Salud, que la Isapre le otorgue para las enfermedades preexistentes declaradas, por 18 meses más, la cobertura mínima legal. No obstante tal solicitud, la isapre igualmente puede mantener su negativa de aceptación.

La Isapre acepta la afiliación con restricción por un plazo adicional, según se indica en el recuadro establecido en la letra E.

Sí No

G SUSCRIPCIÓN DE LA DECLARACIÓN DE SALUD

El afiliado acepta las restricciones temporales de cobertura para las patologías declaradas.

Sí No

Firma Cotizante

Fecha

DÍA	MES	AÑO

Firma y RUN Agente de Ventas

Firma y RUN Supervisor del proceso de afiliación

Folio F.U.N. Asociado