



**IV. DEPORTES Y HOBBIES**

¿Practica algún deporte? ¿Cual? _____ Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Como: Profesional <input type="checkbox"/> Aficionado <input type="checkbox"/>	¿Tiene algún Hobby? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____
¿Practica alguna actividad o deporte riesgoso como bombero, integrante de Equipo de Socorro, Salvavidas, Patrulla de Ski, Paracaidismo, Andinismo, Montañismo, Alas Delta, Buceo, Carrera de Velocidad, Benjie, etc.? Llenar cuestionario especial Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especificar _____	¿Utiliza Moto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Como: Transporte <input type="checkbox"/> Deporte <input type="checkbox"/> Cilindrada _____ cc.
¿Hace uso de la Aviación? Como: <input type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Ambos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo de Avión: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Línea no regular Frecuencia de Vuelo: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otro _____	

**V. OBSERVACIONES**

Tiene algún antecedente que a su saber y/o entender afecta su declaración anterior? Si  No   
 Si su respuesta es afirmativa, especifique \_\_\_\_\_

**DECLARACION Y AUTORIZACION DEL ASEGURABLE**

Declaro bajo juramento o promesa 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 elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía y que una declaración falsa o reticente de mi parte faculta a la Compañía para poner término anticipado del contrato y la libera del pago del Seguro, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en el Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza a contratar. Asimismo, autorizo expresamente a cualquier médico, profesional de la salud, institución de salud pública o privada, tribunales de justicia, juez árbitro, y a cualquier otra persona natural o jurídica, pública o privada que cuente con datos, información o antecedentes relativos a mi estado de salud física o psíquica, tales como antecedentes clínicos, informes médicos, y análisis o exámenes de laboratorios clínicos, a entregar dichos datos, información o antecedentes a ING, cuando ésta así lo solicite, para lo cual otorgo mi expreso consentimiento conforme lo dispone la Ley N° 19.628 y el artículo 127 del Código Sanitario.

Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de la información antes señalada, todo ello conforme lo dispone la Ley N° 19.628. La presente autorización y consentimiento se otorga en forma irrevocable y por la vigencia del seguro, incluyendo la evaluación y liquidación del mismo. Por su parte, la Compañía se obliga a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información que le sea entregada por este concepto y destinarla exclusivamente a su uso interno y para los fines propios del seguro, todo ello según lo dispone la ley y las Condiciones Generales de la Póliza.

Del mismo modo declaro estar en conocimiento de la disposición del artículo 538 del Código de Comercio, en virtud de la cual me obligo a declarar cualquier variación que se produzca en relación con las declaraciones contenidas en el presente documento y que impliquen una extensión o agravación del riesgo, declaración que deberé hacer dentro de los 5 días hábiles posteriores a aquél que se produjo tal variación.

Esta declaración no otorga cobertura hasta haber sido evaluada y aceptada por parte de la compañía.  
 Esta declaración personal de salud tiene una validez de 90 días desde su fecha de emisión.

<p><b>AUTORIZACION TELESUSCRIPCIÓN</b></p> <p>El otorgamiento de la cobertura requerirá como condición, para los efectos de la contratación del seguro, una declaración detallada de su estado de salud. Para lo anterior, el solicitante del seguro acepta desde ya que su declaración de salud será dictada telefónicamente por él a un especialista de la empresa externa, en adelante, el Suscriptor, quien, debidamente identificado, bajo reserva y en conversación grabada, le formulará y explicará las preguntas, recibirá sus respuestas, las transcribirá al formulario respectivo y las suscribirá por mandato del solicitante del seguro, el que se entiende conferido desde ya, con la sola firma de la presente autorización.                  El solicitante del seguro autoriza expresamente a ING Seguros de Vida S.A., o a quien ésta designe, a efectuar el tratamiento de sus datos personales y/o sensibles, con el fin de poder acceder a la suscripción del contrato de seguro.</p> <p>Horario de contacto: <input type="checkbox"/></p> <p>1 09:00 a 14:00 hrs.      4 14:00 a 16:00 hrs.                  2 16:00 a 20:00 hrs.      5 20:00 a 21:00 hrs.                  3 Indiferente</p> <p>Fecha _____ Firma Asegurado Titular _____</p>	
--	--

_____ Fecha	_____ Firma Asegurable Titular																				
<p><b>ACEPTACIÓN DEL RIESGO</b></p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Año</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 30%; text-align: center;">                 V° B°             </td> <td style="width: 40%; text-align: center;">                 RATING             </td> </tr> </table>			<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Año</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>									Día	Mes	Año						V° B°	RATING
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Día</td> <td style="text-align: center;">Mes</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">Año</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>									Día	Mes	Año						V° B°	RATING			
Día	Mes	Año																			