

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN SEGURO DESGRAVAMEN COLECTIVO CREDITOS HIPOTECARIOS

Fecha Solicitud	/	/	
-----------------	---	---	--

DATOS CONTRATANTE

Nombre: Administradora de Mutuos Hipotecarios MyV S.A.		Rut : 76.090.605-0	
Domicilio: Matías Cousiño N°82, Piso 11, Of. 1102		Comuna: Santiago	Región: Metropolitana
Nombre Ejecutivo:	Rut:	Oficina	Fono

ASEGURADO

Nombre Completo (apellidos paterno, materno y nombres)			Rut
Tipo de Deudor (Titular, Codeudor, Aval)			% Participación
Dirección Particular			Comuna/ Ciudad
Teléfono	Celular	Correo Electrónico	
Fecha Nacimiento / /	Sexo M __ F__	Estado Civil : Casado __ Soltero __ Viudo __	Profesión/actividad

BENEFICIARIO

Nombre: Administradora de Mutuos Hipotecarios MYV S.A	Rut: 76.090.605-0
---	-------------------

COBERTURAS Y PRIMA

Cobertura Fallecimiento	Depósito SVS POL 220130678	Tasa Cobertura 0,0058237%	Monto del Crédito UF
Tipo de Operación Nuevo__ Refinanciamiento__		N° de Operación	
Total Prima	Plazo en Meses	N° de Aavales	

Cálculo de la Prima: La prima se expresará en UF, es mensual y se calcula multiplicando el saldo insoluto de la deuda por la tasa de la cobertura (0,0058237 %).

MANDATO A ADMINISTRADORA DE MUTUOS HIPOTECARIOS MYV S.A

1. Faculto expresamente a **Administradora de Mutuos Hipotecarios MYV S.A**, para incluir en el dividendo mensual el valor de la(s) prima(s) del (los) seguro(s) contratado(s), incluyendo aquella(s) que hubiere(n) sido contratada(s) para el(los) codeudor(es) y/o aval(es) del crédito.
2. Autorizo a **Administradora de Mutuos Hipotecarios MYV S.A**, para remitir a la Compañía de Seguros y a los intermediarios que intervengan, con las que se contrate o intermedie el seguro y sus renovaciones, si éstas procedieren, la información pertinente a los montos de los créditos, sus condiciones, estados de servicios de las deudas o saldos insolutos adeudados y demás que fuere menester para dichas operaciones, según lo solicitare dicha Compañía.

Firma Proponente Asegurable Titular

PROPUESTA Y SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL SEGURO DE DESGRAVAMEN

1. Por medio del presente documento, solicito (solicitamos):

- a) A **Administradora de Mutuos Hipotecarios MYV S.A** contrate a mí (nuestro) nombre el seguro de Desgravamen, de acuerdo a las condiciones generales y particulares de la póliza colectiva emitida por la Compañía de Seguros y por el valor de la prima indicada en el presente documento. Asimismo, declaro (declaramos) que estoy (estamos) en conocimiento de mi (nuestro) derecho a decidir sobre la contratación de la cobertura detallada en la presente Solicitud de Incorporación y a la libre elección del intermediario y la Compañía Aseguradora. En caso de contratar en forma individual la póliza requerida, ésta deberá cumplir los requisitos exigidos por el;
- b) A la Compañía Aseguradora, el aseguramiento de los riesgos especificados en este instrumento.

2. He (hemos) sido informado(s) que el valor de la prima indicada en el presente documento, puede experimentar variaciones con motivo de la renovación periódica de la(s) póliza(s) colectiva(s).

Condiciones de la Póliza Seguro Desgravamen

a) Información sobre Compañía Aseguradora

- Rigel Seguros de Vida S.A.
- Clasificación de Riesgo: Feller-Rate: Clasificación A+, e I.C.R.: Clasificación A+, correspondiente a Febrero 2016 y puede sufrir modificaciones, para lo cual se recomienda confirmar dicha información en www.aach.cl
- Rigel Seguros de Vida S.A. y **Administradora de Mutuos Hipotecarios MYV S.A** mantienen una relación comercial, sin vínculo de participación ni propiedad.

b) Condiciones de la póliza

Cobertura:

Fallecimiento: POL 220130678. En caso de fallecimiento por muerte natural o accidental la Compañía Aseguradora pagará el monto asegurado a la fecha del fallecimiento del Asegurado, de acuerdo a lo indicado en la POL 220130678 y sus exclusiones.

Monto Asegurado: El seguro cubre el saldo insoluto del Crédito, a la fecha del fallecimiento del asegurado o la proporción de éste que corresponda en caso de existir más de un deudor, determinado sobre la base de un servicio regular de la deuda, considerando hasta tres dividendos en mora, incluidos intereses y gastos asociados a la morosidad.

Asegurados: Las personas que mantienen vigente una operación de crédito o contrato de mutuo hipotecario en calidad de deudores, avales o mutuarios, con **Administradora de Mutuos Hipotecarios MYV S.A.** por la adquisición de bienes de uso habitacional o de prestación de servicios profesionales, que sea administrado por **Administradora de Mutuos Hipotecarios MYV S.A.**

Requisitos de asegurabilidad: Se aplican los siguientes topes de edad de ingreso y permanencia para que opere la cobertura del seguro correspondiente:

Cobertura	Edad Mínima de Ingreso	Edad Máxima de Ingreso	Edad Máxima de Permanencia
Fallecimiento	18 años.	70 años	79 años
Invalidez Total Permanente 2/3	18 años.	65 años	69 años

La edad de ingreso más el plazo del crédito no podrá superar la edad máxima de permanencia.

Nota: En el caso que se pacte una reprogramación la cual exceda la edad máxima de permanencia en la póliza, el Asegurado quedará sin cobertura por todo el plazo que exceda dicha edad.

Declaración Personal de Salud y otros requerimientos de evaluación

Se aplican los siguientes requerimientos para la evaluación por parte de la compañía de Seguros:

Capital UF	Hasta 40 años	De 41 a 50 años	Desde los 51 años
0,001 a 2.000	A	A	A
2.001 a 3.000	A	A + B	A + B + E
3.001 a 5.000	A + C	A + C	A + C + E
> a 5.000	A + D	A + D	A + D + E

A: Solicitud de Incorporación + Declaración Personal de Salud

B: Perfil Bioquímico + Test Urinario Completo + Perfil Lipídico.

C: Examen Médico + Perfil Bioquímico + Test Urinario Completo + Perfil Lipídico.

D: Examen Médico + Perfil Bioquímico + Test Urinario Completo + Perfil Lipídico + ECG.

E: Antígeno Prostático.

En caso de requerir exámenes, de acuerdo a la tabla de requisitos o por lo declarado en la DPS, el Asegurable podrá presentar resultados de estos, con una fecha anterior hasta con 6 meses de antigüedad.

Para los efectos de los requisitos de asegurabilidad estos operan respecto de la suma del total de créditos que mantenga el cliente con Administradora de Mutuos Hipotecarios MyV S.A

Evaluación de Requisitos de Asegurabilidad: En caso que en la Solicitud de Incorporación Seguro Desgravamen (SISD) de los asegurables se informe alguna lesión, situación y/o enfermedad o dolencia preexistente o el ejercicio de una actividad laboral o deportiva riesgosa, la Compañía evaluará tal Declaración, emitiendo posteriormente un documento en el cual explicitará si acepta o rechaza el aseguramiento del proponente. En caso de aceptación del asegurable, se le entregará un Certificado de Cobertura que detallará las condiciones bajo las cuales aceptó el riesgo y las restricciones o limitaciones especiales de cobertura para el Asegurado, si las hubiere.

Vigencia de la Cobertura Individual y causales de término: La cobertura entrará en vigencia en forma automática para:

a) los asegurables que cumplan con las condiciones de asegurabilidad, no presenten ni informen en la Solicitud de Incorporación (SISD) problemas, enfermedades o condiciones de salud adversas, a la fecha de otorgamiento del Crédito y no realicen una actividad laboral o deporte riesgoso.

b) Los asegurables que declaren alguna de las condiciones anteriores, que hayan sido evaluadas por la Compañía y aceptadas por ésta sin restricciones. **Únicamente en el caso indicado en la letra a) anterior, la presente Solicitud de Incorporación hará las veces de Certificado de Cobertura conforme lo dispone la Circular Nº 2123 del año 2013 de la Superintendencia de Valores y Seguros.**

En el caso indicado en la letra b) anterior, la Compañía enviará al asegurado, una vez aceptada la cobertura de su riesgo, un Certificado de Cobertura.

Para los asegurables que manifiesten y/o informen en la presente "Solicitud de Incorporación (SISD)" condiciones adversas de salud o enfermedades preexistentes y/o requieran la realización de exámenes médicos y de laboratorio, y/o practiquen alguna actividad o deportes riesgosos, la Compañía evaluará el caso para posteriormente, si acepta el riesgo, emitir el respectivo Certificado de cobertura que detallará, entre otros, las restricciones o limitaciones de la cobertura en virtud de la declaración de salud efectuada por el Asegurable y el resultado de los exámenes médicos y de laboratorio, cuando corresponda, quien deberá entregar su consentimiento a las mismas mediante declaración especial firmada por él, la cual formará parte integrante de la Póliza. En estos casos, la cobertura se hará efectiva desde la fecha en que la Compañía recibe el documento en el que detalló las condiciones bajo las cuales otorgó la cobertura, debidamente firmado por el asegurable.

Serán causales de término anticipado del seguro: a) Cuando el asegurado deje de ser deudor del acreedor hipotecario; b) De ocurrir el fallecimiento del asegurado por algunas de las causales de exclusión aplicables a la cobertura respectiva; c) Que el asegurado exceda el límite de edad establecido en los requisitos de

asegurabilidad; d) cuando el asegurado omita o falsee información sustancial y relevante en su Solicitud de Ingreso, y demás declaraciones de salud y antecedentes solicitados por la Compañía; e) el no pago de la prima; f) cuando el deudor asegurado presente una póliza contratada en forma directa e individual en conformidad al artículo 40 del D.F.L. N° 251 de 1931 y ésta sea aceptada por **Administradora de Mutuos Hipotecarios MYV S.A**; g) en caso que la moneda de la póliza deje de existir y el contratante no aceptare la nueva unidad propuesta por la compañía aseguradora.

Vigencia de la póliza: Desde las 00:00 hrs. del día 01 de Octubre del 2017, hasta las 24:00 hrs. del día 30 de Septiembre del 2019.

Exclusiones: Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del Asegurado fuere causado por:

- a) Pena de muerte o por participación del Asegurado en cualquier acto delictivo.
- b) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por quien pudiere verse beneficiado por el pago de la cantidad asegurada.
- c) Participación activa del Asegurado en guerra internacional, sea que Chile tenga o no intervención en ella; en guerra civil, dentro o fuera de Chile; o en motín o conmoción contra el orden público dentro o fuera del país; o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- d) Participación activa del Asegurado en acto terrorista, entendiéndose por acto terrorista toda conducta calificada como tal por la ley, así como el uso de fuerza o violencia o la amenaza de ésta, por parte de cualquier persona o grupo, motivado por causas políticas, religiosas, ideológicas o similares, con la intención de ejercer influencia sobre cualquier gobierno o de atemorizar a la población, o a cualquier segmento de la misma.
- e) Participación del Asegurado en actos temerarios o en cualquier maniobra, experimento, exhibición, desafío o actividad notoriamente peligrosa, entendiéndose por tales aquellas en las cuales se pone en grave peligro la vida e integridad física de las personas.
- f) Realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos. A modo de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva sino que meramente enunciativa, se considera actividad o deporte riesgoso el manejo de explosivos, minería subterránea, trabajos en altura o líneas de alta tensión, inmersión submarina, piloto civil, paracaidismo, montañismo, alas delta, benji, parapente, carreras de auto y moto, entre otros.
- g) Situaciones o enfermedades preexistentes, entendiéndose por tales las definidas en el artículo 5°, letra g) de las Condiciones Generales. Para los efectos de la aplicación de esta exclusión, al momento de la contratación la Compañía Aseguradora deberá consultar al Asegurable acerca de todas aquellas situaciones o enfermedades preexistentes que pueden importar una limitación o exclusión de cobertura.
- h) Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.
- i) Una infección oportunística, o un neoplasma maligno, si al momento de la muerte o enfermedad el asegurado sufría del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Con tal propósito, se entenderá por:
 - i. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida lo definido para tal efecto por la Organización Mundial de la Salud. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida debe incluir Encefalopatía (demencia) de VIH, (Virus de Inmunodeficiencia Humano) y Síndrome de Desgaste por VIH.
 - ii. Infección Oportunística incluye, pero no debe limitarse a Neumonía causada por PneumocystisCarinii, Organismo de Enteritis Crónica, Infección Vírica o Infección Microbacteriana Diseminada.
 - iii. Neoplasma Maligno incluye, pero no debe limitarse al Sarcoma de Kaposi, al Linfoma del Sistema Nervioso Central o a otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

DECLARACION PERSONAL DE ACTIVIDAD LABORAL Y/O DEPORTIVA

1. Declaración de Actividades y Deportes riesgosos:

Declaro estar en conocimiento acerca de que, en conformidad con la normativa legal vigente y con lo establecido en las Condiciones Generales de la Póliza que rige la cobertura, es mi deber declarar sinceramente todas aquellas circunstancias relativas a mi actividad deportiva o hobbies en el pasado y actual que puedan afectar el riesgo que asumiré la Compañía y que pueden constituir una exclusión de cobertura. Declaro que no practico ninguna de las actividades que se detallan a continuación

Buceo, Inmersión libre, Carreras de lanchas a motor, Carreras de motos acuáticas, Moto acuáticas, Automovilismo, Esquí extremo, Heliski, Esquí fuera de pista, Escalada o rapel, Canyonig o barranquismo, Montañismo, Alas delta o parapente, Aviación civil, Aviación deportiva, Benji, Puenting, Paracaidismo, Motociclismo, Uso de moto, Integrante de equipo de socorro, Salvavidas, Patrulla de ski, Piloto de aviación no comercial, Piloto de aviación comercial de vuelos no regulares, Bombero de incendio, Bombero forestal, Camarógrafo en sitios peligrosos, Conductor de cargas peligrosas y/o de vehículos de emergencia, Espeleólogo, Gendarme, Guardia, Instalador de antenas y telecomunicaciones en altura, Mecánico de minería, Pasajeros de aviación no comercial, Pasajeros de aviación comercial de vuelos no regulares, Periodista o corresponsal en sitios de conflictos, Personal de Fuerzas Armadas y de Orden, Personal Policía de Investigaciones, Trabajos en la minería, Trabajos con explosivos, Trabajos con manipulación de electricidad, Trabajos con maquinaria pesada, Trabajos en altura, Trabajos en barcos de pesca artesanal, Tripulante barco cisterna, Tripulante barco pesquero, Transporte de material peligroso, salvo que sean declarados en la solicitud de seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por la Compañía de Seguros.

Tipo de Deudor: (Titular, Codeudor, Aval): _____

En caso de padecer o haber padecido alguna de las enfermedades señaladas en el N°1 precedente y/o realizar alguna actividad o deporte de riesgo indicada en el N°2 precedente, declaro sinceramente que ella(o) correspondió(e) a:

Declaración Estado de Salud		Fecha de Diagnóstico:
Declaración de Deportes o Actividades de Riesgo		

Firma

*** En caso de no declarar patología, actividad o deporte de riesgo, inutilizar espacio en blanco**

DENUNCIO Y LIQUIDACIÓN DE SINIESTROS

En caso de siniestro, el interesado deberá presentar al menos los siguientes documentos:

Desgravamen

- Formulario de Denuncia de Siniestro
- Certificado de defunción, en formato original, emitido por el Registro Civil, indicando causa de muerte.
- Fotocopia simple del carnet de identidad del asegurado.
- Certificado de deuda, emitido por la entidad contratante.
- Parte Policial en caso de fallecimiento accidental

INTERMEDIARIO

1. Volvek Corredores de Seguros S.A.

Volvek Corredores de Seguros S.A y **Administradora de Mutuos Hipotecarios MYV S.A**, no son empresas pertenecientes al mismo holding y mantiene sólo una relación comercial sin vínculo de participación ni propiedad con Rigel Seguros de Vida S.A.

2. Autorizo (autorizamos) expresamente a Rigel Seguros de Vida S.A. para que en caso de siniestro, requiera de información de cualquier persona que en el pasado me haya asistido o atendido por causa de alguna dolencia. Por lo señalado, libero a los médicos, clínicas y hospitales de cualquier obligación de reserva sobre antecedentes de mi salud. Adicionalmente, autorizo a Rigel Seguros de Vida S.A. a informar mis antecedentes médicos que fundamenten el rechazo u otra decisión de la Compañía respecto de la cobertura solicitada.
3. **Diversificación de la Producción:** Se informa al asegurado que en cumplimiento de la Norma de Carácter General N° 50 y sus modificaciones, emanada de la Superintendencia de Valores y Seguros, la información sobre la diversificación de riesgos y de las garantías que se han constituido con entidades aseguradoras, se encuentran en nuestra página web www.volvek.cl.
4. **Este es un resumen de las coberturas y características del seguro.** El detalle lo encontrará en las Condiciones Particulares y Generales de la Póliza antes mencionada, disponible en las oficinas del Intermediario.
5. **El presente contrato no cuenta con el Sello Sernac.**
6. **Para cumplir con los objetivos tenidos en cuenta por las partes para la ejecución de lo convenido en el presente instrumento,** se han otorgado diversos mandatos a la entidad crediticia, con las finalidades indicadas en cada uno de ellos. La obligación del de rendir cuenta de dichos mandatos se entenderá cumplida informando por escrito al mandante de los actos suscritos en su representación y enviándole copia de los instrumentos respectivos, si es el caso, al domicilio o mediante el medio tecnológico que hubiere señalado al . Si los servicios son de ejecución continua, la información señalada será enviada una vez al año.

NOTAS

- **El proponente ha tomado conocimiento del derecho a decidir sobre la contratación de los seguros y a la libre elección del intermediario y compañía aseguradora.**
- **Con la emisión de la presente propuesta, no se obtiene cobertura al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento que esta propuesta sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la póliza, circular Nro.1390 S.V.S.** Si uno o más deudores o avales y/o codeudores no cumplieran con los requisitos de asegurabilidad la compañía no suscribirá el seguro bajo ninguna circunstancia.
- La compañía que suscribe el riesgo es Rigel Seguros de Vida S.A. Rut 76.092.587-K, bajo la póliza colectiva N° DV00109.
- Autorizo a Rigel Seguros de Vida S.A. para que la póliza de seguro y el certificado de cobertura relacionados con el presente seguro, sean enviados a la dirección de correo electrónico indicada en la presente propuesta.

IMPORTANTE

Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguros colectivos cuyas condiciones han sido convenidas por Administradora de Mutuos Hipotecarios MYV S.A directamente con la Compañía de Seguros.

He leído y conozco íntegramente el contenido de la Propuesta, cuya copia recibo en el mismo acto. Dejo constancia que he obtenido del Corredor asesoría respecto a la naturaleza y alcance de la mencionada cobertura y toda la información necesaria para ilustrar mi decisión de contratar la presente póliza voluntaria.

Con fecha ___/___/___ suscriben la presente solicitud.



Rigel Seguros de Vida S.A.

RUT N° 76.092.587-K

Firma Asegurado

Rut

ANEXO

INFORMACIÓN SOBRE ATENCIÓN DE CLIENTES Y PRESENTACIÓN DE CONSULTAS Y RECLAMOS

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de Noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios.

Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atiende público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades en el horario normal de atención.

Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción.

El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada en la respuesta, podrá recurrir a la Superintendencia de Valores y Seguros, área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O`Higgins 1449, Piso 1º, Santiago, o a través del sitio web www.svs.cl

Fecha Declaración	/	/
-------------------	---	---

DECLARACION PERSONAL DE SALUD Y ACTIVIDAD LABORAL Y/O DEPORTIVA

Antecedentes del Asegurable

Nombre Completo (paterno, materno, nombres)		Rut
Tipo de Deudor (Titular, Codeudor, Aval)		N° Operación
Dirección Particular		Comuna/ Ciudad
Teléfono	Celular	Correo Electrónico
Fecha Nacimiento: ___/___/___		Sexo: M ___ F ___

Antecedentes Profesión/Actividad

Profesión/actividad: _____
Lugar donde realiza la actividad: _____
Realiza alguna actividad que considere riesgoso, tales como: Indicar Sí___, No___.- a) Bombero c) Patrulla de Ski e) Motociclismo g) Montañismo i) Alas Delta k) Carreras de Velocidad b) Salvavidas d) Piloto Civil f) Parapente h) Paracaidismo j) Buceo l) Benji
Alguna otra?: _____

Antecedentes de Salud: Cualquier respuesta afirmativa debe acompañarse de una completa información al respecto: Fechas, exámenes, diagnóstico, tratamiento, alta, médico tratante, etc.

Peso (kgs.): _____	Estatura (mts.): _____	Presión Arterial: Alta ____, Baja ____, Normal ____
Toma medicamentos para la presión? No ____, Si ____ : cuales: _____		
Ha sido hospitalizado y/o sometido a intervenciones quirúrgicas, o tiene programada alguna?: No ____, Si ____		
Fecha: ___/___/___, Motivo: _____		
Ha sufrido algún accidente que haya requerido tratamiento médico? No ____, Si ____		
Fecha: ___/___/___, Motivo: _____		
Fuma: No ____, Si ____ : cantidad por día: _____		
Bebe: No ____, Si ____ : Diario: ____, Fin de semana: ____, Ocasionalmente: ____		
Hace uso habitual o permanente de Drogas o Medicamentos? No ____, Si ____ : cuales: _____		
_____ : Fecha(s) (Desde-Hasta): _____		

Ha sufrido o sufre o ha sido dignosticado de alguna de las siguientes patologías:

	SI	NO	Detalle
1)			Miopía, astigmatismo, hipermetropía, Cataratas, Glaucoma, Desprendimiento de retina u otros.
2)			Vértigos, desmayos, convulsiones, epilepsia, parálisis de cualquier tipo, pérdida de conocimiento, dolores de cabeza severos o jaquecas, derrame cerebral, encefalitis, agotamiento laboral, ansiedad, depresión o stress, enfermedad psiquiátrica, problemas nerviosos o cualquier enfermedad de la cabeza o sistema nervioso.
3)			Hipertensión arterial, angina o dolor de pecho, infarto cardiaco, by-pass o angioplastía coronaria, soplo cardiaco, enfermedad reumática, palpitaciones, arritmias, marcapaso, problema con alguna o algunas válvulas, u otra enfermedad cardiovascular, o del sistemavenoso arterial, colesterol y/o triglicéridos elevados, sobrepeso u obesidad.
4)			Asma, neumotórax, enfisema, pleuresía, tuberculosis, apnea, tos persistente o desgarrro con sangre, cualquier otra enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio.
5)			Pielonefritis, nefritis, cálculos renales, nefrectomía, riñones poliquísticos, insuficiencia renal, malformación de los riñones y/o de las vías urinarias, presencia de albúmina o proteína en la orina, otra enfermedad del riñón, vejiga, testículo o próstata.
6)			Ictericia, hepatitis, cirrosis, elevación de enzimas hepáticas, hemorragia digestiva, úlcera, colitis ulcerosa, diarrea prolongada, diverticulitis, otra enfermedad de esófago, estómago, intestino, hígado, vesícula, páncreas.
7)			Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, manchas rojas en la piel, hemorragias persistentes, leucemia , aplasia medular, cualquier otra enfermedad de la sangre, bazo o médula ósea.
8)			Diabetes o hiperglicemia, intolerancia a la glucosa, azúcar en la sangre u orina, enfermedades de la tiroides, bocio u otra alteración endocrina.
9)			Lesiones ulceradas, eritema nodoso, púrpura, lupus, lunar de crecimiento rápido, sangrante, pruriginoso o infectado.
10)			Artritis, gota, o reumatismo, cualquier otra enfermedad o traumatismo de huesos, de columna vertebral, músculos o articulaciones y/o deformación física o amputación.
11)			Cáncer, quistes, nódulos o pólipos, tumores benignos, tumores malignos, enfermedades a los ganglios linfáticos.
12)			Meningitis, hepatitis, B o C, sida o HIV positivo, etc.

13)	Tumores o Quistes en las Mamas, Tumores o Quistes en los Ovarios, Miomas Uterinos, Endometriosis, Sangramientos Ginecológicos No Menstruales, Problemas de Embarazo-Abortos-Hipertensión Arterial-Diabetes, Otras Enfermedades Ginecológicas no Mencionadas.			
14)	Tiene conocimiento de padecer alguna enfermedad a la que no se haya aludido directamente en esta declaración.			

Aceptación:

Otorgo mi consentimiento a que si la causa de un siniestro que me afecto fuese producto, derivado o estuviese relacionada con alguna(s) de las enfermedades, dolencias o situaciones de salud antes indicadas, se consideran como diagnosticadas o conocidas por mi antes de la contratación de este seguro, con la correspondiente exclusión de cobertura y liberación de la obligación de la Compañía de pagar el siniestro.

Estoy en conocimiento que el texto de la póliza contratada en forma colectiva contiene otras exclusiones de cobertura, adicionales a las que da cuenta este formulario y respecto de la cuales se me **ha señalado que debo informarme adecuadamente.**

_____ , _____ de _____ de _____
 Firma del Asegurable