Ficha de Incorporación y Declaración Personal de Salud
Seguro Escolaridad
POL 2 2014 0357 – CAD 2 2014 0358

Razón Social Colegio:

Póliza N°_____

RUT : | | | | | | | | | - | |

Nota: Este documento debe ser llenado con letra clara, en todas sus partes, sin enmendaduras y firmada por el sostenedor económico del o los alumnos.

Fecha | | | |

DECLARACION PERSONAL DE SALUD

Por medio del presente, declaro que a la fecha no tengo conocimiento de diagnostico de enfermedades como cáncer, cardiopatías (hipertensiva, coronaria y/o reumática), accidente vascular cerebral y sus secuelas, daño hepático crónico, nefropatia, diabetes enfermedades neurológicas, SIDA **u otra enfermedad que no haya sido mencionada anteriormente.**
Tampoco estoy siendo sometido a estudios médicos que tengan como objetivo detectar alguna de las patologías descritas u otras no indicadas en el párrafo precedente.
(*) En caso de estar en conocimiento de diagnostico o estudio de alguna enfermedad, debe indicar los antecedentes complementarios que expliquen con mas detalle (Enfermedad, Causa, Fecha de Diagnostico, Estado Actual, Tratamiento, Examenes realizados, Resultados de estos, Etc.)

1º SOSTENEDOR

Nombre: _____ Ocupación:_____

RUT : | | | | | | | | | - | | Fecha de Nacimiento : | | | | |

(*) Indicar antecedentes complementarios, según lo indicado en párrafo superior:

_____

_____

_____
Firma del Sostenedor Asegurable

2º SOSTENEDOR

Nombre: _____ Ocupación:_____

RUT : | | | | | | | | | - | | Fecha de Nacimiento : | | | | |

(*) Indicar antecedentes complementarios, según lo indicado en párrafo superior:

_____

_____

_____
Firma del Sostenedor Asegurable

ALUMNOS BENEFICIARIOS (Alumnos)

Nombre	RUT	Fecha de Nac	Curso