

timbre de recepción

fecha de vigencia otorgada

### Solicitud de Beneficio Colectivo

Usted está solicitando su incorporación como Beneficiario a un contrato colectivo cuyas condiciones han sido convenidas directamente con Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada, por \_\_\_\_\_

Nº Contrato \_\_\_\_\_ Inicio de vigencia requerida \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Tipo de movimiento

marcar con una X lo que quiere realizar:

Ingreso nuevo beneficiario

Ingreso nueva carga

Cambio de plan de salud

Otro: (especificar) \_\_\_\_\_

#### Completar por el empleador

|  |                                      |                   |  |
|--|--------------------------------------|-------------------|--|
| razón social empresa contratante               |                                      | rut de la empresa |  |
| fecha de contrato trabajador<br>____/____/____ | ubicación física                     |                   |  |
| grupo/tramo a incorporar al trabajador         |                                      |                   |  |
| fecha de solicitud<br>____/____/____           | firma / timbre empleador contratante |                   |  |

#### Antecedentes beneficiario titular

|   |                  |                  |  |        |   |
|---|------------------|------------------|--|--------|---|
| rut   | apellido paterno | apellido materno | nombres  |        | sexo<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)<br>____/____/____         | teléfono         | email            | estado civil<br>casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> conviviente civil <input type="checkbox"/> |        |   |
| dirección particular (calle, número, depto.)            |                  |                  | comuna   | ciudad |   |
| actividad que realiza en la empresa (breve descripción) |                  |                  | deporte y/o hobby que practica   |        |   |

#### Forma de pago de reembolso

|       |                  |   |                                       |
|-------|------------------|---|---------------------------------------|
| banco | número de cuenta | <input type="checkbox"/> cuenta corriente | <input type="checkbox"/> cuenta vista |
|-------|------------------|---|---------------------------------------|

original:

## Antecedentes de las cargas (grupo familiar)

|   | rut | apellidos paterno y materno | nombre | fecha nacim. | parentesco | sistema de salud (isapre o fonasa) |
|---|-----|-----------------------------|--------|--------------|------------|------------------------------------|
| 1 |     |                             |        |              |            |                                    |
| 2 |     |                             |        |              |            |                                    |
|   |     |                             |        |              |            |                                    |
|   |     |                             |        |              |            |                                    |
|   |     |                             |        |              |            |                                    |
|   |     |                             |        |              |            |                                    |

## Autorización para solicitar información confidencial

El beneficiario declara que acepta y autoriza a Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, clínica, hospital, laboratorio clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N° 19.628 sobre Protección de Datos de carácter personal, Ley N° 20.584 sobre confidencialidad y secreto médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y otras.

## Comunicación entre las partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada y el Contratante o el beneficiario con motivo de este contrato, deberá realizarse por correo electrónico, registrado para estos efectos en el contrato el cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo el contratante y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero.

Sin perjuicio de lo anterior, respecto de la comunicación, declaración o notificación, la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada podrá efectuarla por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigida al domicilio de la administradora o al último domicilio del contratante, registrado el contrato. Las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correos de la carta, según timbre que conste en el sobre respectivo. Las comunicaciones dirigidas a la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada.

## Declaración del beneficiario

Mediante el presente documento, DECLARO CONOCER Y ACEPTAR lo siguiente:

1) Que estoy en conocimiento de los beneficios y exclusiones que se detallan en el contrato.

2) Que estoy en conocimiento y acepto que este contrato no cubre enfermedades preexistentes, entendiéndose como tal cualquier enfermedad o embarazo o accidente, diagnosticado(s), conocido(s) u ocurrido(s), con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de mi beneficio, o con anterioridad a la fecha de llenado de la presente solicitud (para mí y para mi grupo familiar si es el caso).

3) Que estoy en conocimiento y acepto que el contrato no cubre la realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo, es decir, pongan en riesgo mi integridad física y/o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos (para mí y para mi grupo familiar si es el caso).

4) Declaro por mí y mis cargas (grupo familiar en el seguro si es el caso), estar en buenas condiciones de salud y no padecer ni haber padecido ninguna de las siguientes enfermedades: **Enfermedades Cardiovasculares:** hipertensión arterial, enfermedad coronaria, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, arritmia coronaria, valvulopatía cardíaca, aneurisma, hipertensión pulmonar, insuficiencia venosa (várices), enfermedad obstructiva de las arterias. **Enfermedades pulmonares o Bronquiales Crónicas:** Apnea del sueño, enfermedad bronquial obstructiva crónica, asma, fibrosis pulmonar, tuberculosis, bronquiectasia, enfisema. **Enfermedades Endocrinas:** diabetes, enfermedades de la tiroide, enfermedades de la hipófisis. **Tumores Benignos:** bocio, tumor cerebral, pólipos intestinales, adenoma de próstata. **Enfermedades Renales:** insuficiencia renal crónica, glomerulopatías, nefropatías. **Enfermedades Digestivas:** cirrosis hepática, daño hepático crónico, hígado graso, pancreatitis, colitis ulcerosa, enfermedad de crohn, reflujo gastroesofágico, síndrome ulceroso gastroduodenal. **Enfermedades Neurológicas:** accidente vascular encefálico, esclerosis múltiple, hemiplejía, hemiparesia, epilepsia, TEC, neuropatía periférica, enfermedad de Parkinson, miastenia gravis, esclerosis múltiple. **Patología de Columna:** hernia, discopatía, espondiloartrosis, estenorraquis. **Patología del Aparato Músculo Esquelético:** artritis, lupus, artrosis, tendinopatía, fibromialgia, amputación de extremidades. **Patologías que limitan la vista o la audición:** cataratas, glaucoma, retinopatía, maculopatía, miopía, astigmatismo, vértigo, hipoacusia, tinnitus. **Patologías de la Nutrición:** obesidad, sobrepeso, desnutrición, bulimia, anorexia, enfermedad celiaca, intolerancia lactosa. **Enfermedades autoinmunes o de transmisión sexual:** sífilis, gonorrea, SIDA, virus papiloma. **Embarazo** (para embarazadas a la fecha de esta solicitud).

5) Declaro por mí y mis cargas (grupo familiar si es el caso) que durante los últimos 5 años, contados desde la suscripción de esta propuesta, no hemos sido diagnosticados, no hemos sido dados de alta, no hemos estado o estamos actualmente en tratamiento o hemos finalizado el tratamiento, no hemos estado o estamos actualmente afectados o hemos sufrido una recaída, por alguna de las siguientes afecciones o patologías: Cáncer, Tumor Maligno, Linfoma, Leucemia, Mieloma o Neoplasia Intraepitelial.

original:



timbre de recepción

fecha de vigencia otorgada

### Solicitud de Beneficio Colectivo

Usted está solicitando su incorporación como Beneficiario a un contrato colectivo cuyas condiciones han sido convenidas directamente con Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada, por \_\_\_\_\_

Nº Contrato \_\_\_\_\_ Inicio de vigencia requerida \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Tipo de movimiento

marcar con una X lo que quiere realizar:

Ingreso nuevo beneficiario

Ingreso nueva carga

Cambio de plan de salud

Otro: (especificar) \_\_\_\_\_

### Completar por el empleador

|  |                                      |                   |  |
|--|--------------------------------------|-------------------|--|
| razón social empresa contratante               |                                      | rut de la empresa |  |
| fecha de contrato trabajador<br>____/____/____ | ubicación física                     |                   |  |
| grupo/tramo a incorporar al trabajador         |                                      |                   |  |
| fecha de solicitud<br>____/____/____           | firma / timbre empleador contratante |                   |  |

### Antecedentes beneficiario titular

|   |                  |                  |  |        |   |
|---|------------------|------------------|--|--------|---|
| rut   | apellido paterno | apellido materno | nombres  |        | sexo<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)<br>____/____/____         | teléfono         | email            | estado civil<br>casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> conviviente civil <input type="checkbox"/> |        |   |
| dirección particular (calle, número, depto.)            |                  |                  | comuna   | ciudad |   |
| actividad que realiza en la empresa (breve descripción) |                  |                  | deporte y/o hobby que practica   |        |   |

### Forma de pago de reembolso

|       |                  |   |                                       |
|-------|------------------|---|---------------------------------------|
| banco | número de cuenta | <input type="checkbox"/> cuenta corriente | <input type="checkbox"/> cuenta vista |
|-------|------------------|---|---------------------------------------|

## Antecedentes de las cargas (grupo familiar)

|   | rut | apellidos paterno y materno | nombre | fecha nacim. | parentesco | sistema de salud (isapre o fonasa) |
|---|-----|-----------------------------|--------|--------------|------------|------------------------------------|
| 1 |     |                             |        |              |            |                                    |
| 2 |     |                             |        |              |            |                                    |
|   |     |                             |        |              |            |                                    |
|   |     |                             |        |              |            |                                    |
|   |     |                             |        |              |            |                                    |
|   |     |                             |        |              |            |                                    |

## Autorización para solicitar información confidencial

El beneficiario declara que acepta y autoriza a Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, clínica, hospital, laboratorio clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N° 19.628 sobre Protección de Datos de carácter personal, Ley N° 20.584 sobre confidencialidad y secreto médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y otras.

## Comunicación entre las partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada y el Contratante o el beneficiario con motivo de este contrato, deberá realizarse por correo electrónico, registrado para estos efectos en el contrato el cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo el contratante y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero.

Sin perjuicio de lo anterior, respecto de la comunicación, declaración o notificación, la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada podrá efectuarla por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigida al domicilio de la administradora o al último domicilio del contratante, registrado el contrato. Las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correos de la carta, según timbre que conste en el sobre respectivo. Las comunicaciones dirigidas a la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada.

## Declaración del beneficiario

Mediante el presente documento, DECLARO CONOCER Y ACEPTAR lo siguiente:

1) Que estoy en conocimiento de los beneficios y exclusiones que se detallan en el contrato.

2) Que estoy en conocimiento y acepto que este contrato no cubre enfermedades preexistentes, entendiéndose como tal cualquier enfermedad o embarazo o accidente, diagnosticado(s), conocido(s) u ocurrido(s), con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de mi beneficio, o con anterioridad a la fecha de llenado de la presente solicitud (para mí y para mi grupo familiar si es el caso).

3) Que estoy en conocimiento y acepto que el contrato no cubre la realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo, es decir, pongan en riesgo mi integridad física y/o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos (para mí y para mi grupo familiar si es el caso).

4) Declaro por mí y mis cargas (grupo familiar en el seguro si es el caso), estar en buenas condiciones de salud y no padecer ni haber padecido ninguna de las siguientes enfermedades: **Enfermedades Cardiovasculares:** hipertensión arterial, enfermedad coronaria, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, arritmia coronaria, valvulopatía cardíaca, aneurisma, hipertensión pulmonar, insuficiencia venosa (várices), enfermedad obstructiva de las arterias. **Enfermedades pulmonares o Bronquiales Crónicas:** Apnea del sueño, enfermedad bronquial obstructiva crónica, asma, fibrosis pulmonar, tuberculosis, bronquiectasia, enfisema. **Enfermedades Endocrinas:** diabetes, enfermedades de la tiroide, enfermedades de la hipófisis. **Tumores Benignos:** bocio, tumor cerebral, pólipos intestinales, adenoma de próstata. **Enfermedades Renales:** insuficiencia renal crónica, glomerulopatías, nefropatías. **Enfermedades Digestivas:** cirrosis hepática, daño hepático crónico, hígado graso, pancreatitis, colitis ulcerosa, enfermedad de crohn, reflujo gastroesofágico, síndrome ulceroso gastroduodenal. **Enfermedades Neurológicas:** accidente vascular encefálico, esclerosis múltiple, hemiplejía, hemiparesia, epilepsia, TEC, neuropatía periférica, enfermedad de Parkinson, miastenia gravis, esclerosis múltiple. **Patología de Columna:** hernia, discopatía, espondiloartrosis, estenorraquis. **Patología del Aparato Músculo Esquelético:** artritis, lupus, artrosis, tendinopatía, fibromialgia, amputación de extremidades. **Patologías que limitan la vista o la audición:** cataratas, glaucoma, retinopatía, maculopatía, miopía, astigmatismo, vértigo, hipoacusia, tinnitus. **Patologías de la Nutrición:** obesidad, sobrepeso, desnutrición, bulimia, anorexia, enfermedad celiaca, intolerancia lactosa. **Enfermedades autoinmunes o de transmisión sexual:** sífilis, gonorrea, SIDA, virus papiloma. **Embarazo** (para embarazadas a la fecha de esta solicitud).

5) Declaro por mí y mis cargas (grupo familiar si es el caso) que durante los últimos 5 años, contados desde la suscripción de esta propuesta, no hemos sido diagnosticados, no hemos sido dados de alta, no hemos estado o estamos actualmente en tratamiento o hemos finalizado el tratamiento, no hemos estado o estamos actualmente afectados o hemos sufrido una recaída, por alguna de las siguientes afecciones o patologías: Cáncer, Tumor Maligno, Linfoma, Leucemia, Mieloma o Neoplasia Intraepitelial.

**Copia:** Beneficiario



timbre de recepción

fecha de vigencia otorgada

### Solicitud de Beneficio Colectivo

Usted está solicitando su incorporación como Beneficiario a un contrato colectivo cuyas condiciones han sido convenidas directamente con Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada, por \_\_\_\_\_

Nº Contrato \_\_\_\_\_ Inicio de vigencia requerida \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Tipo de movimiento

marcar con una X lo que quiere realizar:

Ingreso nuevo beneficiario

Ingreso nueva carga

Cambio de plan de salud

Otro: (especificar) \_\_\_\_\_

### Completar por el empleador

|  |                                      |                   |  |
|--|--------------------------------------|-------------------|--|
| razón social empresa contratante               |                                      | rut de la empresa |  |
| fecha de contrato trabajador<br>____/____/____ | ubicación física                     |                   |  |
| grupo/tramo a incorporar al trabajador         |                                      |                   |  |
| fecha de solicitud<br>____/____/____           | firma / timbre empleador contratante |                   |  |

### Antecedentes beneficiario titular

|   |                  |                  |  |   |
|---|------------------|------------------|--|---|
| rut   | apellido paterno | apellido materno | nombres  | sexo<br>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)<br>____/____/____         | teléfono         | email            | estado civil<br>casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> conviviente civil <input type="checkbox"/> |   |
| dirección particular (calle, número, depto.)            |                  |                  | comuna   | ciudad  |
| actividad que realiza en la empresa (breve descripción) |                  |                  | deporte y/o hobby que practica   |   |

### Forma de pago de reembolso

|       |                  |   |                                       |
|-------|------------------|---|---------------------------------------|
| banco | número de cuenta | <input type="checkbox"/> cuenta corriente | <input type="checkbox"/> cuenta vista |
|-------|------------------|---|---------------------------------------|

## Antecedentes de las cargas (grupo familiar)

|   | rut | apellidos paterno y materno | nombre | fecha nacim. | parentesco | sistema de salud (isapre o fonasa) |
|---|-----|-----------------------------|--------|--------------|------------|------------------------------------|
| 1 |     |                             |        |              |            |                                    |
| 2 |     |                             |        |              |            |                                    |
|   |     |                             |        |              |            |                                    |
|   |     |                             |        |              |            |                                    |
|   |     |                             |        |              |            |                                    |
|   |     |                             |        |              |            |                                    |

## Autorización para solicitar información confidencial

El beneficiario declara que acepta y autoriza a Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, clínica, hospital, laboratorio clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N° 19.628 sobre Protección de Datos de carácter personal, Ley N° 20.584 sobre confidencialidad y secreto médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y otras.

## Comunicación entre las partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada y el Contratante o el beneficiario con motivo de este contrato, deberá realizarse por correo electrónico, registrado para estos efectos en el contrato el cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo el contratante y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero.

Sin perjuicio de lo anterior, respecto de la comunicación, declaración o notificación, la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada podrá efectuarla por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigida al domicilio de la administradora o al último domicilio del contratante, registrado el contrato. Las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correos de la carta, según timbre que conste en el sobre respectivo. Las comunicaciones dirigidas a la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada.

## Declaración del beneficiario

Mediante el presente documento, DECLARO CONOCER Y ACEPTAR lo siguiente:

1) Que estoy en conocimiento de los beneficios y exclusiones que se detallan en el contrato.

2) Que estoy en conocimiento y acepto que este contrato no cubre enfermedades preexistentes, entendiendo como tal cualquier enfermedad o embarazo o accidente, diagnosticado(s), conocido(s) u ocurrido(s), con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de mi beneficio, o con anterioridad a la fecha de llenado de la presente solicitud (para mí y para mi grupo familiar si es el caso).

3) Que estoy en conocimiento y acepto que el contrato no cubre la realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo, es decir, pongan en riesgo mi integridad física y/o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos (para mí y para mi grupo familiar si es el caso).

4) Declaro por mí y mis cargas (grupo familiar en el seguro si es el caso), estar en buenas condiciones de salud y no padecer ni haber padecido ninguna de las siguientes enfermedades: **Enfermedades Cardiovasculares:** hipertensión arterial, enfermedad coronaria, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, arritmia coronaria, valvulopatía cardíaca, aneurisma, hipertensión pulmonar, insuficiencia venosa (várices), enfermedad obstructiva de las arterias. **Enfermedades pulmonares o Bronquiales Crónicas:** Apnea del sueño, enfermedad bronquial obstructiva crónica, asma, fibrosis pulmonar, tuberculosis, bronquiectasia, enfisema. **Enfermedades Endocrinas:** diabetes, enfermedades de la tiroide, enfermedades de la hipófisis. **Tumores Benignos:** bocio, tumor cerebral, pólipos intestinales, adenoma de próstata. **Enfermedades Renales:** insuficiencia renal crónica, glomerulopatías, nefropatías. **Enfermedades Digestivas:** cirrosis hepática, daño hepático crónico, hígado graso, pancreatitis, colitis ulcerosa, enfermedad de crohn, reflujo gastroesofágico, síndrome ulceroso gastroduodenal. **Enfermedades Neurológicas:** accidente vascular encefálico, esclerosis múltiple, hemiplejía, hemiparesia, epilepsia, TEC, neuropatía periférica, enfermedad de Parkinson, miastenia gravis, esclerosis múltiple. **Patología de Columna:** hernia, discopatía, espondiloartrosis, estenorraquis. **Patología del Aparato Músculo Esquelético:** artritis, lupus, artrosis, tendinopatía, fibromialgia, amputación de extremidades. **Patologías que limitan la vista o la audición:** cataratas, glaucoma, retinopatía, maculopatía, miopía, astigmatismo, vértigo, hipoacusia, tinnitus. **Patologías de la Nutrición:** obesidad, sobrepeso, desnutrición, bulimia, anorexia, enfermedad celiaca, intolerancia lactosa. **Enfermedades autoinmunes o de transmisión sexual:** sífilis, gonorrea, SIDA, virus papiloma. **Embarazo** (para embarazadas a la fecha de esta solicitud).

5) Declaro por mí y mis cargas (grupo familiar si es el caso) que durante los últimos 5 años, contados desde la suscripción de esta propuesta, no hemos sido diagnosticados, no hemos sido dados de alta, no hemos estado o estamos actualmente en tratamiento o hemos finalizado el tratamiento, no hemos estado o estamos actualmente afectados o hemos sufrido una recaída, por alguna de las siguientes afecciones o patologías: Cáncer, Tumor Maligno, Linfoma, Leucemia, Mieloma o Neoplasia Intraepitelial.

**Copia:** contratante

