

Solicitud de Seguro Colectivo

Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas directamente con la compañía de seguros, por _____

N° Póliza _____ Inicio de vigencia requerida ___ / ___ / ___

Tipo de movimiento

marcar con una X lo que quiere realizar:

- Ingreso nuevo asegurado
 Ingreso nueva carga
 Aumento de capital asegurado
 Cambio de plan de salud
 Otro: (especificar) _____

Completar por el empleador

razón social empresa contratante		rut de la empresa
fecha de contrato trabajador ___ / ___ / ___	ubicación física	
grupo/tramo del seguro a incorporar al trabajador	en caso de capital de rentas, indicar monto imponible: \$	
en caso de capital fijo, indicar monto de capital asegurable		
fecha de solicitud ___ / ___ / ___	firma / timbre empleador contratante	

Coberturas contratadas

coberturas incluidas en el colectivo <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Catastrófico	en el caso que corresponda, indique coberturas voluntarias a contratar <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Catastrófico
--	--

Antecedentes asegurado titular

rut	apellido paterno	apellido materno	nombres	sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
fecha nacimiento (dd / mm / aaaa) ___ / ___ / ___	teléfono	email		estado civil 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 hobbie que practica	

Forma de pago de reembolso (sólo aplica para seguro complementario de salud)

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

Antecedentes de las cargas (grupo familiar) a incluir en el seguro de salud u otro

	rut	apellidos paterno y materno	nombre	fecha nacim.	parentesco	sistema de salud (isapre o fonasa)
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Designación de beneficiarios para el seguro de vida

	apellidos paterno y materno, nombre(s)	rut	parentesco	fecha nacim.	sexo	%
1						
	dirección particular (calle, número, depto., comuna)	teléfono	email			

	apellidos paterno y materno, nombre(s)	rut	parentesco	fecha nacim.	sexo	%
2						
	dirección particular (calle, número, depto., comuna)	teléfono	email			

	apellidos paterno y materno, nombre(s)	rut	parentesco	fecha nacim.	sexo	%
3						
	dirección particular (calle, número, depto., comuna)	teléfono	email			

Al designar a más de un beneficiario, se debe indicar el % que corresponda a cada uno, de no ser indicado, la aseguradora asumirá que el capital será distribuido en partes iguales entre la totalidad de beneficiarios designados.

El beneficiario podrá ser modificado cuantas veces se requiera, a través del formulario "Actualización de Beneficiario". Para el asegurador, será válida la última actualización de beneficiario.

Se recomienda no designar como beneficiario a menores de 18 años, ya que tal situación podría demorar el pago de la indemnización.

Declaración del asegurado

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

- 1) Que conozco todos los requisitos del (o los) seguro (s), y que he recibido de mi empresa todas las condiciones del (o los) seguros.
- 2) Que estoy en conocimiento de las exclusiones que se detallan en las condiciones generales del (o los) seguro(s).
- 3) Que estoy en conocimiento y acepto que este seguro 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 seguro, o con anterioridad a la fecha de llenado de la presente solicitud (para mi y para mi grupo familiar si es el caso).
- 4) Que estoy en conocimiento y acepto que el seguro 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 mi y para mi grupo familiar si es el caso).
- 5) Declaro por mi 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 Oncológicas:** cáncer, tumores, leucemia, linfomas, mieloma múltiple. **Enfermedades Endocrinas:** diabetes, enfermedades de la tiroide, enfermedades de la hipófisis. **Tumores Benignos:** bocio, tumor cerebral, neoplasias intraepitelial, 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).

En caso de padecer o haber padecido alguna de las preexistencias indicadas, o cualquier otra enfermedad no señalada, usted debe DECLARAR a continuación (por usted y por su grupo familiar si es el caso):

	nombre del asegurable o carga (persona asegurada)	Rut	descripción de la enfermedad, embarazo o accidente	fecha diagnóstico	CIE (uso cía.)
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Si requiere agregar observaciones sobre lo declarado, detallar a continuación: _____

6) Declaro por mí y por mi grupo familiar (si es el caso), que no realizamos ninguna actividad o deporte riesgoso, tales como: manejo de explosivos, trabajos en minas subterráneas, trabajos en altura o líneas de alta tensión, bungee, paracaidismo, piloto civil, alas delta, parapente, automovilismo, motociclismo, velerismo, buceo o inmersiones submarinas, montañismo, ski fuera de pista, espeleología, bombero, participación en carreras de velocidad, uso de moto como vehículo de traslado. En caso de efectuar alguna actividad o deporte riesgoso indicado, usted debe DECLARAR a continuación (por usted y por su grupo familiar si es el caso):

7) **Acepto que todo lo declarado, sus consecuencias y complicaciones, no tendrá cobertura en el seguro.**

8) **Pago de la prima:** En caso que el seguro deba ser financiado en parte o totalmente por el asegurado, declaro que acepto que el importe de la prima sea descontada de mi remuneración.

CONFIRMO LA EXACTITUD Y VERACIDAD DE LA PRESENTE DECLARACIÓN Y QUE NADA HE OCULTADO U OMITIDO O DISMINUIDO EN ELLA.

Importantes observaciones al seguro de salud si la póliza lo contempla

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

- 1) Este es un seguro de suscripción voluntaria, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
- 2) Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE o FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
- 3) Antes de contratar este seguro, es importante que usted se informe, que tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
 - Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro.
 - De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación.
 - En qué casos **NO SE PAGARÁ ESTE SEGURO**.
 - Los requisitos para cobrar el seguro.
- 4) En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar al momento de contratar este seguro:
 - **NO** contempla renovación garantizada, dado que anualmente el seguro se pacta entre su empleador y la aseguradora.
 - **SÍ** podrá aumentar la prima (precio), variar el deducible y/o las coberturas en caso de renovación de la póliza.
 - **NO** considera su siniestralidad individual para el aumento de la prima en el caso de renovación.
 - **NO** cubre preexistencias.
- 5) Las condiciones generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL de Vida 220131391, POL de Salud 320131418, CAD Dental 320131535, CAD Catastrófico 320131534, en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en www.cmfchile.cl

Autorización para solicitud y uso de información confidencial

El Asegurado declara que acepta y autoriza a la Compañía de Seguros 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.

