

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN
SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SALUD



Marque una de las opciones

☐ Incorporación Titular y Grupo Familiar ☐ Incorporación de Nuevas Cargas ☐ Modificación de Antecedentes

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE DEL SEGURO

Nombre Contratante	Rut Contratante	Teléfono de Contacto

Coberturas Solicitadas: ☐ 1.-Vida ☐ 2.-Salud ☐ 3.-Dental ☐ 4.-Gastos Mayores

IMPORTANTE

Usted se está incorporando como Asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo, cuyas condiciones han sido convenidas por el Contratante de este Seguro, directamente con Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR (Utilizar Letra Imprenta)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
RUT Titular	Fecha Nacimiento	Sexo	Estado Civil
Correo Electrónico del Titular			Capital o Sueldo Asegurado

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES (Seguros de Vida con Dependientes, Salud, Dental y Gastos Mayores).

RUT	Nombre Completo	Fecha Nacimiento	Parentesco

INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS (Seguro de Vida).

RUT	Nombre Completo	Parentesco	% Designado

INFORMACIÓN CUENTA CORRIENTE (Pago de reembolsos de Salud con transferencia electrónica).

Nombre del Banco	Número de la Cuenta	Tipo de Cuenta

- La Cuenta Corriente debe pertenecer al Asegurado Titular.
- Es deber del Asegurado informar a la Compañía cualquier tipo de cambio en su Cuenta o modalidad de reembolso.

CLÁUSULA ESPECIAL PARA SEGURO DE VIDA

En caso que un asegurable complete una Solicitud de Incorporación para el seguro de vida y sus adicionales, cuando corresponda, y si de acuerdo a lo establecido en la tabla de requisitos de selección deba cumplir con otros requerimientos para su evaluación de riesgo, o se soliciten exámenes médicos adicionales, se le otorgará un capital asegurado máximo de hasta UF 1.000, siempre y cuando la evaluación de esta Solicitud de Incorporación, permita a la Compañía aceptar el riesgo por el monto indicado precedentemente.

DECLARACIÓN SIMPLE DE SALUD Y ACTIVIDAD O DEPORTE RIESGOSO

1- Usted o alguien del grupo familiar, padece, ha padecido o está en estudio de diagnóstico de: Vértigos, Epilepsia, Esclerosis Múltiple, Parkinson, Neuropatías, Parálisis, Accidentes Vasculares Isquémicos o Hemorrágicos, Derrame Cerebral, Aneurisma, Encefalitis, Enfermedades del Sistema Nervioso, Trastornos del Ánimo, Depresión, Esquizofrenia, Neurosis, Sicosis, Crisis de Pánico. Asma, Enfisema, Neumonía, Neumotórax, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Fibrosis Quística, Pleuresía, Tuberculosis, Tos Persistente, o Cualquier Enfermedad de los Pulmones o Sistema Respiratorio. Hipertensión Arterial, Angina o Dolor al Pecho, Infarto Cardíaco, By-Pass o Angioplastia Coronaria, Soplo Cardíaco, Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Reumática, Arritmias, Portador de Marcapaso. Várices, Tromboflebitis, Claudicación Intermitente, Trombosis Venosa Profunda. Anemia, Hemofilia, alteraciones de la coagulación, Trombofilia, Hemorragias Persistentes, Leucemias, Aplasia Medular, Enfermedad del Bazo y Médula Ósea. Ictericia, Hepatitis B ó C, Cirrosis, Colecistitis, Pancreatitis, Elevación de Enzimas Hepáticas, Enfermedades del Tracto Digestivo. Ulceras, Diarreas prolongadas (más de un mes), Colitis Ulcerosa, Diverticulitis, Hernias, Varices Esofágicas, Esófago de Barret, Enfermedad de Chron, Enfermedades del Esófago, Estómago, intestino(delgado y colon), Hígado, Vesícula, Páncreas. Infecciones Urinarias a repetición, Pielonefritis, Nefritis, Cálculos Renales, Alteraciones a la Próstata, Enfermedades al Riñón, Uréteres, Vejiga, Uretra. Enfermedad de los Órganos de la Reproducción (Vagina, Útero, Trompas de Falopio, Ovarios, Testículos, Vesícula Seminal, Pene) o Mamas, Mioma Uterino, Quistes Ováricos, Displasia Mamaria, Endometriosis, Anexitis, Enfermedades de Trasmisión Sexual (Venéreas), Infección por Virus VHI o Sida. Enfermedades de la Piel, Lesiones Ulceradas, Eritema Nodoso, Soriasis, Púrpura, Melanoma, Lunar de Crecimiento Rápido, Pruriginosos, o Infectados, Secuelas de Quemaduras, Acne Severo, Rosácea. Enfermedades Infectocontagiosas y otras Enfermedades Sistémicas Fiebre Tifoidea, Meningitis, Lupus, Artritis, Gota, Ciática, Reumatismo, Enfermedad de Huesos, Artrosis, Osteoporosis, Músculos, Articulaciones, Diabetes, Intolerancia a la glucosa, Resistencia a la Insulina, Síndrome Metabólico, Obesidad, Anorexia, Bulimia, Colesterol Alto y Dislipidemia. Enfermedades de Tiroides, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Bocio. Cáncer, Quistes, Tumores, Nódulos, Pólipos, Enfermedad de los Ganglios Linfáticos. Miopía, Astigmatismo, Estrabismo, Presbicia, Cataratas, Glaucomas, Retinopatías, Sordera, Malformaciones Congénitas, Transplantes de algún Órgano.

2.- Tome en cuenta que son enfermedades o condiciones de salud preexistentes aquellas diagnosticadas o conocidas por el asegurado con anterioridad a la fecha de incorporación al seguro. Considerando lo anterior y que la póliza no cubre enfermedades o condiciones de salud preexistentes, deportes, actividades y/o hobbies, le preguntamos a usted lo siguiente:

¿Tiene usted ahora o ha tenido en el pasado, o le ha sido diagnosticada a usted o alguien del grupo familiar, alguna enfermedad o condición de salud de las mencionadas precedentemente o alguna otra que no esté detallada en el punto 1, y/o usted o alguien del grupo familiar practica algún deporte, actividad y/o hobby, que puedan considerarse como riesgoso?

Marque con una “X” la respuesta que corresponda: SI ____ NO ____

Si su respuesta es afirmativa (SI), por favor complete el siguiente recuadro indicando la o las enfermedades o condiciones de salud preexistentes, señalando la persona afectada:

Nombre Completo	Enfermedad y/o condición de Salud preexistente Deporte / Actividad / Hobby Riesgoso	Fecha (mes/año) de diagnóstico o conocimiento de la preexistencia

Fecha de la declaración

Firma del Solicitante

DECLARACIÓN ESPECIAL

Tomo conocimiento y acepto, expresamente que toda enfermedad preexistente y/o condición de salud preexistente, practica de deportes, hobby y/o actividades riesgosas declarada(s) precedentemente implica con relación a ella(s), que los beneficios de este seguro no aplicarán si la causa del siniestro fuese producto de una de las enfermedades o condiciones de salud preexistentes, sus consecuencias y complicaciones, así como de la práctica de deportes, hobby y/o actividades riesgosas señaladas expresamente por mí en este formulario. También acepto que en caso de no declarar u omitir, en este formulario, mis enfermedades o condiciones de salud preexistentes (diagnosticadas y conocidas con anterioridad a la firma del contrato), así como las de mi grupo familiar, significará que la cobertura del seguro no operará si la causa del siniestro fuese producto de una de las enfermedades o condiciones de salud que sean preexistentes. Certifico que los datos declarados en el presente documento son exactos y fidedignos, y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía y que una omisión o declaración falsa, errónea o reticencia de mi parte implica la nulidad de la cobertura de este seguro. En conformidad a la normativa legal vigente, y en especial para efectos de lo dispuesto en la ley N° 19.628, autorizo a todos los médicos y cualquier otra persona que nos haya examinado y/o atendido a mí y a mis dependientes propuestos, y a todos los hospitales y a cualquier otra institución, a entregar información completa a Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., adjuntando copias completas de sus archivos, en relación con reclamo de beneficios presentado a esta compañía de seguros. Asimismo autorizo al asegurador para que haga uso de los datos de carácter personal informados por mi en este documento, inclusive cuando estos califiquen como sensibles, para hacer efectivo los beneficios que se contratan mediante este seguro.

Mediante la presente propuesta solicito ser incorporado a la póliza colectiva cuyos términos y condiciones declaro conocer previo a mi firma. Confirmo la exactitud y veracidad de la información contenida en este documento. Declaro expresamente estar en conocimiento que la presentación de esta solicitud no otorga cobertura sino hasta haber sido evaluada y aceptada por la compañía de seguros.

Fecha de la declaración

Firma del Solicitante