

N°

timbre recepción

fecha de vigencia otorgado por el asegurado

solicitud de seguro colectivo

marcar con una X lo que quiera realizar:

☐ 1 ingreso nuevo asegurado

☐ 2 ingreso de nueva carga

☐ 3 aumento de capital asegurado

☐ 4 cambio de plan de salud

☐ 5 otro, especificar

Importante: Usted se está incorporando como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo, cuyas condiciones han sido convenidas por la empresa contratante que se detalla en esta solicitud directamente con la Compañía de seguros Vida Security S.A.

completar por el empleador

empresa contratante (razón social)

rut de la empresa

ubicación física

fecha de contrato trabajador

inicio del seguro (vigencia requerida)

grupo o tramo del seguro al que debe ser incorporado el trabajador

en caso de capital de rentas, indicar monto imponible:

\$

fecha de la solicitud

firma o timbre de contratante (empleador)

coberturas contratadas

coberturas incluidas en el colectivo

en el caso que corresponda, indique coberturas voluntarias a contratar

☐ Vida ☐ Salud ☐ Dental ☐ Catastrófico

☐ Vida ☐ Salud ☐ Dental ☐ Catastrófico

antecedentes asegurado titular

rut

apellido paterno

apellido materno

nombres

fecha nacimiento (dd / mm / aa)

teléfono

mail

sexo

estado civil

masc

fem

casado

soltero

viudo

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

☐ cuenta corriente

☐ cuenta vista

antecedentes de las cargas (grupo familiar) a incluir en el seguro de salud, protección familiar u otro

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

designación de beneficiarios para seguro de vida

Al designar a más de un beneficiario, se debe indicar el porcentaje que corresponda a cada uno, de no ser indicado, la aseguradora asumira 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 asegurado, será válida la última actualización de beneficiario.

	apellidos paterno y materno, nombre(s)	rut	parentesco	fecha nacimiento	sexo	%
1						
2						
3						

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

Pago de la prima

En caso que el seguro deba ser financiado en parte ó totalmente por el asegurado, declaro que acepto que el importe de la prima sea descontada de mi remuneración.

fecha de la solicitud

firma del asegurable titular

OBSERVACIONES GENERALES

Este seguro se rige por las condiciones generales depositadas en la Superintendencia de Valores y Seguros, cuyo(s) detalle (s) se encuentra(n) y forma(n) parte del contrato colectivo firmado con el contratante de la póliza. Usted puede revisar este(os) texto(s) en [www.svs.cl](#)
Nuestra compañía se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros, y esta sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes.
Copia de este Compendio, se encuentra en [www.aach.cl](#)
La incorporación al seguro, acepta la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Vida Security o a través de la página Web [www.ddachile.cl](#)

IMPORTANTE

La presente solicitud únicamente será válida una vez que sea aprobada por el ASEGURADOR.

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) seguro(s).
- 2.- Que estoy en conocimiento de las exclusiones que se detallan las condiciones generales del (o los) seguro(s).
- 3.- Que estoy en conocimiento y acepto que este seguro no cubre enfermedades preexistentes, entendiendo como tal cualquier enfermedad 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 mí 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 mí y para mi grupo familiar si es el caso).
- 5.- Declaro por mí y por 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, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, 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 tiroides, 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 personas sexo femenino embarazada 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 colaborador o carga (persona asegurada)	descripción de la enfermedad/embarazo o accidente	fecha diagnóstico	CIE (uso cía.)

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

- 6.- Declaro por mi 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, benji, 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.- Conforme lo señalado en la Ley N° 19.628, relativa a la Protección de la Vida Privada, por este acto vengo a facultar expresamente a la Compañía de Seguros a la que estoy solicitando el (los) presente(s) Seguro(s), o quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la aseguradora para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. Asimismo, consiento expresamente que la Compañía aseguradora tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios con la salud, según lo expresa el artículo 127 del Código Sanitario, modificado por la ley ya citada. Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la Compañía aseguradora en el análisis del otorgamiento de seguros, modificaciones de coberturas, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, con estos mismos fines.
- CONFIRMO LA EXACTITUD Y VERACIDAD DE LA PRESENTE DECLARACIÓN Y QUE NADA HE OCULTADO U OMITIDO O DISMINUIDO DE ELLA**

fecha: ____ / ____ / ____

firma asegurado titular

IMPORTANTE OBSERVACIONES AL SEGURO DE SALUD, SI ES QUE LA POLIZA LO CONTEMPLA

- 1.- El seguro de salud "no sustituye la cobertura que otorga la Isapre o Fonasa, y no necesariamente cubre las mismas prestaciones".
- 2.- Antes de contratar este seguro, es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos: Duración de este seguro, 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 caso que usted aporte en el pago de la prima) y en qué caso **NO SE PAGARÁ ESTE SEGURO**, y los requisitos para cobrar el seguro.

A continuación se resumen 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.
SI 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 caso de renovación.
NO cubre preexistencias.

INTERNO COMPAÑÍA (SELECCIÓN RIESGO)

Solicitud de Antecedentes_____

- ☐ Aprobado según las condiciones de póliza, excluyendo lo declarado según lo aceptado por el asegurado
- ☐ Aprobado limitando capital ó monto máximo, ó eliminando alguna de las coberturas consideradas en la póliza colectiva

N°

timbre recepción

fecha de vigencia otorgado por el asegurado

solicitud de seguro colectivo

marcar con una X lo que quiera realizar:

☐ 1 ingreso nuevo asegurado

☐ 2 ingreso de nueva carga

☐ 3 aumento de capital asegurado

☐ 4 cambio de plan de salud

☐ 5 otro, especificar _____

Importante: Usted se está incorporando como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo, cuyas condiciones han sido convenidas por la empresa contratante que se detalla en esta solicitud directamente con la Compañía de seguros Vida Security S.A.

completar por el empleador

empresa contratante (razón social)

rut de la empresa

ubicación física

fecha de contrato trabajador
____/____/____

inicio del seguro (vigencia requerida)
____/____/____

grupo o tramo del seguro al que debe ser incorporado el trabajador

en caso de capital de rentas, indicar monto imponible:
\$ _____

fecha de la solicitud

firma o timbre de contratante (empleador)

coberturas contratadas

coberturas incluidas en el colectivo

en el caso que corresponda, indique coberturas voluntarias a contratar

☐ Vida ☐ Salud ☐ Dental ☐ Catastrófico

☐ Vida ☐ Salud ☐ Dental ☐ Catastrófico

antecedentes asegurado titular

rut

apellido paterno

apellido materno

nombres

fecha nacimiento (dd / mm / aa)
____/____/____

teléfono

mail

sexo
☐ masc ☐ fem

estado civil
☐ casado ☐ soltero ☐ viudo

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

☐ cuenta corriente ☐ cuenta vista

antecedentes de las cargas (grupo familiar) a incluir en el seguro de salud, protección familiar u otro

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

designación de beneficiarios para seguro de vida

Al designar a más de un beneficiario, se debe indicar el porcentaje que corresponda a cada uno, de no ser indicado, la aseguradora asumira que el capital sera 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 asegurado, será válida la última actualización de beneficiario.

	apellidos paterno y materno, nombre(s)	rut	parentesco	fecha nacimiento	sexo	%
1						
2						
3						

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

Pago de la prima

En caso que el seguro deba ser financiado en parte ó totalmente por el asegurado, declaro que acepto que el importe de la prima sea descontada de mi remuneración.

fecha de la solicitud

firma del asegurable titular

OBSERVACIONES GENERALES

Este seguro se rige por las condiciones generales depositadas en la Superintendencia de Valores y Seguros, cuyo(s) detalle (s) se encuentra(n) y forma(n) parte del contrato colectivo firmado con el contratante de la póliza. Usted puede revisar este(os) texto(s) en [www.svs.cl](#)
Nuestra compañía se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros, y esta sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes.
Copia de este Compendio, se encuentra en [www.aach.cl](#)
La incorporación al seguro, acepta la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Vida Security o a través de la página Web [www.ddachile.cl](#)

IMPORTANTE

La presente solicitud únicamente será válida una vez que sea aprobada por el ASEGURADOR.

N°

timbre recepción

fecha de vigencia otorgado por el asegurado

solicitud de seguro colectivo

marcar con una X lo que quiera realizar:

☐

1 ingreso nuevo asegurado

☐

4 cambio de plan de salud

☐

2 ingreso de nueva carga

☐

5 otro, especificar

☐

3 aumento de capital asegurado

Importante: Usted se está incorporando como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo, cuyas condiciones han sido convenidas por la empresa contratante que se detalla en esta solicitud directamente con la Compañía de seguros Vida Security S.A.

completar por el empleador

empresa contratante (razón social)

rut de la empresa

ubicación física

fecha de contrato trabajador

inicio del seguro (vigencia requerida)

grupo o tramo del seguro al que debe ser incorporado el trabajador

en caso de capital de rentas, indicar monto imponible:

\$

fecha de la solicitud

firma o timbre de contratante (empleador)

coberturas contratadas

coberturas incluidas en el colectivo

en el caso que corresponda, indique coberturas voluntarias a contratar

☐ Vida

☐ Salud

☐ Dental

☐ Catastrófico

☐ Vida

☐ Salud

☐ Dental

☐ Catastrófico

antecedentes asegurado titular

rut

apellido paterno

apellido materno

nombres

fecha nacimiento (dd / mm / aa)

teléfono

mail

sexo

estado civil

masc

fem

casado

soltero

viudo

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

☐ cuenta corriente

☐ cuenta vista

antecedentes de las cargas (grupo familiar) a incluir en el seguro de salud, protección familiar u otro

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

designación de beneficiarios para seguro de vida

Al designar a más de un beneficiario, se debe indicar el porcentaje que corresponda a cada uno, de no ser indicado, la aseguradora asumira que el capital sera 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 asegurado, será válida la última actualización de beneficiario.

	apellidos paterno y materno, nombre(s)	rut	parentesco	fecha nacimiento	sexo	%
1						
2						
3						

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

Pago de la prima

En caso que el seguro deba ser financiado en parte ó totalmente por el asegurado, declaro que acepto que el importe de la prima sea descontada de mi remuneración.

fecha de la solicitud

firma del asegurable titular

OBSERVACIONES GENERALES

Este seguro se rige por las condiciones generales depositadas en la Superintendencia de Valores y Seguros, cuyo(s) detalle (s) se encuentra(n) y forma(n) parte del contrato colectivo firmado con el contratante de la póliza. Usted puede revisar este(os) texto(s) en [www.svs.cl](#)
Nuestra compañía se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros, y esta sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes.
Copia de este Compendio, se encuentra en [www.aach.cl](#)
La incorporación al seguro, acepta la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Vida Security o a través de la página Web [www.ddachile.cl](#)

IMPORTANTE

La presente solicitud únicamente será válida una vez que sea aprobada por el ASEGURADOR.