		security					N°	
segi rut.	u ros vida secu 99.301.000 - 6	rity previsión s.a.						e recepción
sol	icitud de s	eguro colectivo						
ma	rcar con una	2 in	greso nuevo aseg greso de nueva c imento de capita	arga	4 cambio c 5 otro, esp	le plan de salud ecificar	fecha de asegurac	vigencia otorgado por el dor
lmp con	ortante: Ust venidas por la	ed se está incorporando como ase a empresa contratante que se deta	gurado a una	a póliza o co	ntrato de s tamente co	seguro colect on la Compai	civo, cuyas co ñía de seguros	ndiciones han sido s Vida Security S.A.
		r el empleador tante (razón social)				ru	it de la empr	252
em	presa contra	tante (razon social)					it de la empr	esa
ubi	cación física					ato trabajado		guro (vigencia requerida)
	po o tramo de	l seguro al que debe ser incorporado de la solicitud	el trabajador	en caso do	e capital d	e rentas, ind	icar monto ii	mponible:
		iidas en el colectivo	en el	caso que co	orresponda	a, indique co	berturas volu	ıntarias a contrata
	Vida \$	Salud Dental Catastrófic	。	/ida 🔲 Sa	lud 🔲 De	ental 🔙 Ca	tastrófico	
ant	tecedentes	asegurado titular						
rut		apellido paterno	apellido	materno	n	ombres		
fec	ha nacimient	to (dd / mm / aa) <mark>teléfono</mark>	mail				sexo masc fem	estado civil casado soltero viu
dire	ección partic	ular (calle, número, depto.)				comuna	ci	udad
for	ma de pago	aliza en la empresa (breve descri		deporte y/o omplemer	·	salud)		
bar		número de cuenta	- ili	al aa muus	المادة والم	cuenta co		cuenta vista
ant	rut	de las cargas (grupo familiar) apellidos paterno y materno		ombre		nacimiento	parentesco	nombre de sistema salı
1		apenios paterno y materno	110	711010	reena	ideli i il	parentesco	(isapre o fonasa)
11								
<u> </u> 								
_								
3								
2 3 4 5								

	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.



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.

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.

Copia de este Compendio, se encuentra en www.aach.cl



seguros vida security previsión s.a. rut. 99.301.000 - 6

declaración del asegurado

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

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

 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).
 Que estoy en conocimiento de las exclusiones que se detallan las condiciones generales del (o los) seguro(os).
 Que estoy en conocimiento y acepto que este seguro 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 seguro, o con anterioridad a la fecha de llenado de la presente solicitud (para mi y para mi grupo familiar si es el caso).

 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).
 Declaro por mi y por mis cargas (grupo familiar en el seguro si es el caso).
- 5.- Declaro por mi 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 birefisia de la confermedades enformedades enform 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, hemiplejia, 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, fibromialgía, 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)

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): descripción de la enfermedad/embarazo o accidente fecha diagnóstico | CIE (uso cía.) Nombre del colaborador o carga (persona asegurada) 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. 7.- Acepto que todo lo declarado, sus consecuencias y complicaciones, no tendra cobertura en el seguro.
8.- Conforme lo señalado en la Ley Nº 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 rotorgamiento 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 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 firma asegurado titular IMPORTANTE OBSERVACIONES AL SEGURO DE SALUD, SI ES QUE LA POLIZA LO CONTEMPLA 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 ténga 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. podrá aumentar la prima (precio), variar el deducible y/o las coberturas en caso de renovación de la póliza. considera su siniestralidad individual para el aumento de la prima, en caso de renovación. cubre preexistencias. INTERNO COMPAÑÍA (SELECCIÓN RIESGO) Aprobado según las condiciones de póliza, excluyendo lo declarado según lo aceptado por el asegurado Solicitud de Antecedentes_ Aprobado limitando capital ó monto máximo, ó eliminando alguna de las coberturas consideradas en la póliza colectiva

	VID	Secur	its										
	VID/								N	l°			
rut	guros vida securi t t. 99.301.000 - 6	ty prevision s.a							tir	nbre r	ecepcio	ón	
S	olicitud de se	guro colect	ivo										
m	arcar con una X	lo que quiera	2 ingre	so nuevo asegura so de nueva carg ento de capital as	ga			e plan de salud cificar		ha de vi gurado	igencia o r	torgado	por el
lm co	nportante: Usteo onvenidas por la e	d se está incor empresa contr	porando como asegu atante que se detalla	rado a una p	óliz	a o contr	rato de s nente co	eguro colect n la Compai	tivo, cuya: ĭía de seg	s cond guros \	dicione √ida Se	s han s curity	sido S.A.
	ompletar por e								. د دا داد د				
ei	mpresa contrata	ante (razon so	cial)					ru	t de la er	mpres	sa		
u	bicación física					fecha	de contra	ato trabajado	inicio	del segu /	uro (viger /_	ncia requ	erida) — —
gr	rupo o tramo del s	eguro al que de	ebe ser incorporado el t	rabajador	en c	aso de c	apital de	e rentas, ind	icar mon	to im	ponibl	e:	
	VIDA VIDA VIDA VIDA	security /	security VEA security security VEA security security VEA security licitud VEA security	إ	\$				VIDA SEC VIDA SEC VIDA SEC VIDA SEC VIDA SEC				
	oberturas cont	tratadas									bre de contr		
C	oberturas incluid	das en el cole	ctivo	en el ca	aso (que corre	esponda	, indique co	berturas	volun	ntarias	a cont	ratar
	Vida Sa	ılud 🔙 Dent	al Catastrófico	│	da [Salud	l 🔙 De	ntal 🔙 Ca	tastrófico	O			
	ntecedentes a			115 .1	1 .								
rı	ıt	ар	ellido paterno	apellido n	nate	erno	no	ombres					
fe	echa nacimiento	(dd / mm / aa) te	léfono	mail					SEXO masc		estado casado		viudo
di	irección particul	ar (calle, núm	ero, depto.)					comuna		ciu	dad		
ad	ctividad que rea	liza en la emp	resa (breve descripc	ión) de	port	te y/o ho	obbie qu	e practica					
fo	orma de nago <i>c</i>	te reembols	o (sólo aplica para	Seguro coi	mol	ementa	orio de s	salud)					
	anco		ímero de cuenta	Jeguro co.		Cilicina		cuenta co	rriente		cuent	a vista	9
an	ntecedentes de	las cargas (grupo familiar) a i	ncluir en e	l se	guro de	salud i	protección	familia	r u of	tro		
	rut		aterno y materno	nom				acimiento	parente		nombre c	le sistem re o fona	
1			-								(Isap	ie o iona	asa)
2													
3													
4													
5													
6													
Al ca El	designar a más de pital sera distribuio beneficiario podrá	un beneficiario do en partes igu ser modificado	s para seguro de vio , se debe indicar el porc iales entre la totalidad o cuantas veces se requie	da entaje que co de beneficiario era, a través de	orrespos de el fo	oonda a ca signados. rmulario "	ada uno, d	de no ser indi ción de Bene	cado, la as ficiario". Pa	egurac ara el a	dora asu asegura	ımira qı dor, ser	ue el á válida
la	última actualizacio	ón de beneficiar	io. materno, nombre(s)			ru		parentesco					%
	apetito	os paterno y i	naterno, nombre(s)		+	Tu	L	Parentesco	, recita i	iaciiii	iiCiilU	200	/0

	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.



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.

	yda security					N°	
seguros vida se rut. 99.301.000	curity previsión s.a. - 6						e recepción
solicitud d	e seguro colectivo						- гесерсіон
marcar con u	na X lo que quiera realiza	1 ingreso nuevo 2 ingreso de nu 3 aumento de o	ueva carga	5 otro, esp	de plan de salud ecificar	fecha d asegura	e vigencia otorgado por el dor
mportante: l	Isted se está incorporand r la empresa contratante	lo como asegurado a	una póliza	o contrato de	seguro colect on la Compaí	tivo, cuyas co ñía de seguro	ondiciones han sido os Vida Security S.A.
	or el empleador						
empresa con	ratante (razón social)				ru	it de la emp	resa
ubicación fís	ca			fecha de cont	rato trabajado		eguro (vigencia requerida)
grupo o tramo	del seguro al que debe ser i	incorporado el trabaja	dor en ca	so de capital c			
grupo o traino	VIDA SECURITY VI	vida security	\$	30 de capital c	ie rentas, ind	VIDA Security VIDA Security	MDA security VIDA security VID
	fecha de la solicitud					VIDA SECURITY VIDA SECURITY VIDA SECURITY	viba security viba security viba sect viba sect viba security viba security viba security viba sect timbre de contratante (empleador)
	c ontratadas cluidas en el colectivo		n el caso o	ue correspond	a indique co		untarias a contratar
Vida	Salud Dental		∏ Vida □	Salud D			
		Catastroneo	vida		eritat Ca	tastroneo	
rut	es asegurado titular apellido	paterno ape	llido mater	no r	nombres		
fecha nacimi /	ento (dd / mm / aa) teléfono	m	ail			sexo masc fen	estado civil casado soltero viuc
dirección par	ticular (calle, número, de	epto.)			comuna	C	iudad
011 0 0 0 1 0 1 1 p 011	·						
		oreve descripción)	deporte	e y/o hobbie q	ue practica		
	realiza en la empresa (b						
actividad que		o aplica para segu	ro comple	mentario de	calud)		cuenta vista
actividad que	go de reembolso (sólo	o aplica para segu de cuenta	ro comple	ementario de	salud) cuenta co	rriente	Cuenta vista
actividad que	go de reembolso (sólo		ro comple	ementario de	<u> </u>	orriente [cuenta vista
actividad que forma de pa banco	go de reembolso (sólo	de cuenta			cuenta co		otro
actividad que forma de pa banco	go de reembolso (sólo número o	de cuenta o familiar) a inclui		uro de salud,	cuenta co		otro
forma de pa banco nntecedente	go de reembolso (sólo número s de las cargas (grupo	de cuenta o familiar) a inclui	r en el seg	uro de salud,	cuenta co	familiar u	otro nombre de sistema salu
forma de pa banco antecedente rut	go de reembolso (sólo número s de las cargas (grupo	de cuenta o familiar) a inclui	r en el seg	uro de salud,	cuenta co	familiar u	otro nombre de sistema salu
forma de pa banco nntecedente rut	go de reembolso (sólo número s de las cargas (grupo	de cuenta o familiar) a inclui	r en el seg	uro de salud,	cuenta co	familiar u	otro nombre de sistema salu
actividad que forma de pa banco	go de reembolso (sólo número s de las cargas (grupo	de cuenta o familiar) a inclui	r en el seg	uro de salud,	cuenta co	familiar u	otro nombre de sistema salu

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 asegurador, 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.



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.