

SOLICITUD DE INCORPORACION
SEGUROS DE VIDA Y DE SALUD COLECTIVOS



Folio:

I- TIPO DE INCORPORACION (Marque con una X)

1. Enrolamiento del Asegurado	2. Incorporación de carga
-------------------------------	---------------------------

II. COBERTURA (Marque con una X)

1. Vida	2. Salud	3. Dental	4. Catastrófico
---------	----------	-----------	-----------------

III- DATOS DE LA POLIZA

Nº Póliza	Nombre de Grupo	RUT Contratante	Razón Social

IV- DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

RUT	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
Renta \$	Fecha Nacimiento	Estado Civil	Género
	/ /		M F
Fecha Inicio Vigencia	Fecha Contrato Trabajo	Email	Peso Estatura
/ /	/ /		

V- DATOS DE CARGAS DE SALUD (Sólo si la póliza tiene Seguro Complementario de Salud)

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres	RUT	Fecha Nac.	Estatura	Peso	Relación
				/ /			
				/ /			
				/ /			
				/ /			
				/ /			
				/ /			

VI- DECLARACION DE SALUD

1.- Usted o alguien del grupo familiar, padece, ha padecido o está en estudio de :

- Epilepsia, parkinson, vértigo, encefalopatía, esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, aneurismas, encefalitis, neuropatías, parálisis, accidente vascular, derrame cerebral. Trastornos del ánimo, depresión, esquizofrenia, neurosis, psicosis.
- Enfisema, asma, 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 cardiaco, by-pass o angioplastia coronaria, soplo cardiaco, enfermedad reumática, arritmia, marcapaso.
- Várices o tromboflebitis, claudicación intermitente, anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, hemorragias, leucemia, aplasia medular, enfermedad del bazo o médula ósea.
- Enfermedades del esófago, estómago, intestino, hígado, vesícula, páncreas Ictericia, hepatitis B o C, cirrosis, hemorragia digestiva,ulcera, colitis ulcerosa, diverticulitis, hernia, varices esofágicas, esófago de Barret, enfermedad de Chron.
- Pielonefritis, nefritis, cálculos renales, infecciones urinarias, nefrectomía, riñones poliquísticos, insuficiencia renal, malformación de los riñones y/o de las vías urinarias, vejiga, testículos o próstata.
- Enfermedad de mamas, mioma uterino, endometriosis, quistes ováricos benignos, displasia mamaria, anexitis o enfermedades de transmisión sexual (venéreas), VIH o Sida.
- Enfermedades de la piel, lesiones ulceradas, eritema nodoso, psoriasis, púrpura, lupus, melanoma, lunar de crecimientos rápidos, pruriginosos o infectados, secuelas de quemaduras, rosácea, acné severo, enfermedad infectocontagiosa en edad adulta (Sarampión, varicela, rubéola, paperas) fiebre tifoidea, meningitis.
- Enfermedad de huesos, músculos y/o articulaciones, artrosis, artritis reumatoide, gota, ciática, reumatismo.
- Diabetes, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, síndrome metabólico, obesidad, anorexia, bulimia, colesterol alto, trastornos tiroideos, hipotiroidismo, hipertiroidismo, bocio o enfermedades metabólicas.
- Cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos, linfomas, enfermedad de los ganglios linfáticos.
- Cataratas, glaucomas, retinopatía, sordera. Malformaciones congénitas, trasplante de algún órgano.
- Embarazo confirmado con fecha actual.

¿Usted o alguien del grupo familiar, padece, ha padecido o está en estudio de alguna de las condiciones mencionadas anteriormente?

Si _____ No _____

En caso de responder afirmativamente, proceda a declarar los datos solicitados en el cuadro a continuación:

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres	Enfermedad	Fecha Diagnóstico
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /

Fecha_____/_____/_____Firma Asegurado Titular _____

DECLARACION ESPECIAL

Declaro en mi nombre y en de las personas incorporadas que estoy en conocimiento acepto y entiendo que la Compañía aseguradora no es ni será nunca responsable del pago del beneficio cuando el siniestro sea consecuencia directa o indirecta de una enfermedad preexistente a la fecha, si ésta es una de las señaladas y declaradas por mi en el cuadro signado con el número VI precedente.

Certifico que los datos declarados 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, es decir, la Compañía de Seguros no estará obligada a pagar la indemnización. Autorizo a Seguros de Vida Sura S.A. para que en caso de siniestro requiera de información de cualquier persona que en el pasado me haya asistido o atendido por causa de alguna dolencia.

Libero a los médicos, clínicas y hospitales de cualquier obligación de reserva sobre antecedentes de mi salud.

Autorizo a Seguros de Vida Sura S.A. a informar, al contratante de la póliza colectiva, mis antecedentes médicos que fundamenten el rechazo, sobretarifación u otra decisión de la Compañía respecto de la cobertura solicitada.

Fecha_____/_____/_____Firma Asegurado Titular _____

VII- DATOS CUENTA BANCARIA ASEGURADO (Completar sólo en caso de Cobertura de Salud)

Banco	Tipo de cuenta ☐ Corriente ☐ Vista	Número de Cuenta Bancaria

VIII- EVALUACION MEDICA

Evaluador	Dictamen	Observaciones
Fecha / /		