

# SOLICITUD DE INCORPORACION SEGURO COLECTIVO

# CHILENA CONSOLIDADA

Miembro de  Zurich Insurance Group

La presente corresponde a una solicitud de incorporación a un seguro colectivo, cuyas condiciones han sido convenidas por su empleador directamente con Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. y que han sido debidamente informadas al Asegurado.

## I. IDENTIFICACION DEL CONTRATANTE

NOMBRE EMPRESA CONTRATANTE			
RUT	N° POLIZA	ROL / PLAN	

## II. IDENTIFICACION DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE COMPLETO		RUT	
FECHA DE NACIMIENTO	GENERO <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		ESTADO CIVIL
ACTIVIDAD	PESO: _____ ESTATURA: _____	FECHA CONTRATO	
DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO			
De acuerdo a la normativa vigente usted tiene derecho a elegir el modo de envío de las comunicaciones resultantes del proceso de liquidación. Agradeceremos manifieste su decisión seleccionando la opción de su preferencia: <input type="checkbox"/> DOMICILIO LABORAL (a través del empleador) <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRONICO (Dirección señalada precedentemente)			

## III. COBERTURAS CONTRATADAS

<input type="checkbox"/> VIDA	<input type="checkbox"/> SALUD	<input type="checkbox"/> DENTAL	<input type="checkbox"/> CATASTROFICO	<input type="checkbox"/> ONCOLOGICO	<input type="checkbox"/> GASTOS FUNERARIOS
-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	--

## IV. SEGURO DE VIDA

<input type="checkbox"/> CAPITAL ASEGURADO <input type="checkbox"/> RENTA (Indicar una o la otra según corresponda)	\$
---	----

## V. DESIGNACION DE BENEFICIARIOS

Debe señalar a las personas que recibirán el capital contratado por el seguro de vida ante su fallecimiento. Al designar más de un beneficiario debe indicar el % que designa a cada uno, en caso contrario se entenderá que designa el capital en partes iguales para cada uno de los beneficiarios indicados.

RUT	NOMBRE COMPLETO	% DESIGNADO

## VI. ANTECEDENTES DEL GRUPO FAMILIAR QUE DESEA INCORPORAR A ESTA COBERTURA

Podrán ser asegurados dependientes aquellos pertenecientes a su grupo familiar directo, cónyuge e hijos. Los hijos podrán ser incorporados a las coberturas de la presente póliza sólo si son menores de 24 años y se encuentran estudiando a tiempo completo en un establecimiento educacional reconocido por el organismo legal correspondiente y dependen económicamente del titular del seguro. Para la cobertura de fallecimiento deberán ser mayores de 18 años y no pueden incluirse personas incapaces.

RUT	NOMBRE COMPLETO	F.NACIMIENTO	RELACION	PESO	ESTATURA

**IMPORTANTE:** El RUT de los asegurados dependientes es fundamental para el correcto funcionamiento de los servicios asociados a esta póliza, tales como I-Med y otros convenios que requieran de este dato.

## VII. FORMA DE PAGO DE BENEFICIOS

Completar antecedentes para el abono automático de sus reembolsos de Salud y Dental

NUMERO DE CUENTA	BANCO	
<input type="checkbox"/> CUENTA CORRIENTE	<input type="checkbox"/> CUENTA VISTA	<input type="checkbox"/> CUENTA DE AHORRO

Si no informa estos antecedentes Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. realizará el pago de reembolsos de las coberturas de salud y dental por medio de un cheque nominativo a nombre del asegurado titular, el que será enviado a través de su empleador.

**VIII. HABITOS, DEPORTES Y/O ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO**

Con la finalidad de evaluar correctamente el riesgo que asumirá Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., es necesario que responda a las siguientes preguntas, siempre considerando para sus respuestas tanto su persona como al resto de los asegurables indicados en la presente Solicitud de Incorporación:

	SI	NO
Usted, o alguno de los asegurables indicados en esta solicitud de Incorporación ¿Fuma? Si su respuesta es afirmativa indique consumo diario		Quién: _____ Consumo diario: _____
Usted o alguno de los asegurables indicados en esta solicitud de incorporación realiza algún deporte de riesgo, tales como: Paracaidismo, parapente, alas delta, Bungee, Andinismo, Surf, Automovilismo, Motociclismo, Buceo, Motonáutica, Canopi, Navegación a Vela, Boxeo, Artes Marciales, Hípica, Rodeo, u otros deportes o actividades riesgosas.		Quién: _____ Cuál: _____ Frecuencia: _____

**IX. DECLARACIÓN DE SALUD**

Usted o alguno de los asegurables dependientes informados en esta solicitud de incorporación al Seguro Colectivo, padece, ha padecido, se encuentra en proceso de diagnóstico o presenta cualquier sintomatología de: **SI NO**

Cáncer, Tumores, Pólipos, Nódulos, Enfermedad de los Ganglios Linfáticos, Leucemia, Linfomas, Aplasia Medular.		
Epilepsia, Parkinson, Neuropatías, Esclerosis Múltiple, Parálisis, Accidentes Cerebro Vasculares, Derrame Cerebral. Aneurisma, Infarto cerebral, Encefalitis u otra enfermedad del sistema Nervioso Central.		
Depresión, Esquizofrenia, Trastornos del Animo o de la Personalidad, Psicosis, Crisis de Pánico, Bulimia, Anorexia u otra enfermedad de Salud Mental.		
Miopía, Astigmatismo, Hipermetropía, Glaucoma, Cataratas, Estrabismo, Queratocono, Ceguera, o cualquier enfermedad a los ojos.		
Desviación Tabique Nasal, Obstrucción Nasal, Sordera, Hipoacusia, o cualquier otra enfermedad que afecta a la nariz o los oídos.		
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Enfisema Pulmonar, Fibrosis Quística, Asma, Neumotórax, Pleuresía, Fibrosis Pulmonar y cualquier otra enfermedad que afecte al sistema Respiratorio.		
Hipertensión Arterial, Angina, Infarto al Miocardio, By-pass o Angioplastia, Soplos, Enfermedad Reumática, Arritmias, Portador de Marcapaso, Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad de las Válvulas del Corazón o cualquier otra enfermedad del corazón.		
Aneurisma Aórtico, Tromboflebitis, Várices, Tratamiento Anticoagulante, Trombosis Venosa Profunda, Claudicación Intermitente, enfermedades del sistema Vascular, Alteraciones de coagulación, Trombofilia, Hemofilia y/o Enfermedades del Bazo y Médula Ósea.		
Síndrome Metabólico, Colesterol Alto, Triglicéridos Altos, Dislipidemia, Hiperuricemia o Gota, Resistencia a la Insulina, Resistencia a la Glucosa, Diabetes Mellitus, Sobrepeso, Obesidad, u otras alteraciones metabólicas.		
Cirrosis, Várices Esofágicas, Insuficiencia Hepática, Pancreatitis, Enfermedad a la Vesícula Biliar, Esófago de Barret, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Úlceras Digestivas, Hemorragias Digestivas, Sangramiento Anal, Hernia Hiatal, Hernias Abdominales e Inguinales, Diverticulitis, Pólipos de Colon u otras enfermedades que afecten al sistema Digestivo.		
Hepatitis B, Hepatitis C, Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida SIDA (portador o enfermo)		
Cálculos Renales, Nefritis, Pielonefritis, Riñones Poliquisticos, Insuficiencia Renal, Malformación de Riñones o de las Vías Urinarias, Enfermedades a la Vejiga, Testículos o Próstata.		
Enfermedad de las mamas, Mioma Uterino, Quistes Ováricos, Endometriosis, PAP alterados u otras enfermedades que afecten el aparato reproductor femenino.		
Lupus Eritomatoso, Artritis Reumatoidea, Cirrosis Hepática Autoinmune, Miastenia Gravis, Tiroiditis de Hashimoto, Enfermedad de Crohn, Esclerosis Múltiple, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Poliuradicolopatía desmielinizante inflamatoria crónica, Síndrome Guillian-Barré, Fibromialgia, Eritema Nodoso u otras enfermedades autoinmunes.		
Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Nódulos a la Tiroides o Bocio Multinodular u otras patologías de Tiroides		
Artrosis, Osteoporosis, Hernias de Columna, Escoliosis, Espondilosis o Discopatía, Meniscopatía o Lesiones a la Rodilla,		
Cardiopatías Congénitas, Fisura Palatina o Labio Leporino, Displasia de Cadera, Síndrome de Down, o cualquier otra malformación o patología congénita		
Embarazo Actual		

Si usted ha respondido afirmativamente en el cuestionario anterior, o si usted o alguno de los asegurados dependientes señalados en la presente solicitud de incorporación, padece alguna otra enfermedad, patología o condición de salud que no haya sido antes detallada, agradecemos completar el detalle señalado a continuación:

NOMBRE PERSONA AFECTADA	ENFERMEDAD / SITUACION DE SALUD	FECHA DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO INDICADO (Medicamentos, Cirugías realizadas, etc.)	ESTADO ACTUAL
				<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento
				<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento
				<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento
				<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento

Fecha de la declaración

Firma Asegurado Titular

**X. DECLARACION ESPECIAL**

"Tomo conocimiento, entiendo y acepto, expresamente, en mi nombre y de mis dependientes propuestos, que las enfermedades y/o condiciones de salud preexistentes (diagnosticadas o conocidas con anterioridad a la firma del contrato) o la práctica de deportes, hobby y/o actividades riesgosas debidamente declaradas al tenor de lo preguntado en los puntos VIII y IX precedentes serán materia de exclusiones de cobertura y en consecuencia Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. no es ni será nunca responsable del pago de beneficio o indemnización alguna cuando el siniestro se produzca a consecuencia directa o indirecta de una enfermedad y/o condición de salud preexistente (diagnosticadas o conocidas con anterioridad a la firma del contrato) o de la práctica de deportes, hobby y/o actividades riesgosas, si éstas corresponden a dichas situaciones. Declaro expresamente que los datos declarados en el presente documento son exactos y fidedignos y acepto que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía y que una omisión de respuesta o declaración falsa, errónea o reticencia de mi parte, puede implicar el rechazo del siniestro o la nulidad de la cobertura de acuerdo con lo dispuesto en los Artículos 524 N°1, 525 y 539 del Código de Comercio, no estando por tanto Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. obligada al pago de dicha indemnización. Asimismo, autorizo a Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. a realizar el tratamiento de dicha información, conforme lo dispone la Ley N°19.628 "Protección de Datos de Carácter Personal", para que haga uso de los datos de carácter personal informados por mí en este documento o en otros relacionados con este seguro, inclusive cuando éstos califiquen como sensibles con la finalidad de hacer efectivo los beneficios que se han contratado en este seguro o sea necesario comunicarlos a cualquier autoridad nacional o extranjera, según corresponda. Además autorizo a cualquier institución, médico o persona que nos haya examinado y/o atendido a mí y/o a mis dependientes propuestos, a entregar información completa a Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. liberando a los médicos, clínicas y hospitales, de la obligación de reserva de información sobre antecedentes de salud, pudiendo tener acceso a los contenidos o copias de recetas, análisis o exámenes de laboratorio y/o servicios relacionados con la salud, según lo dispuesto por el texto actualizado del Artículo N°127 del Código Sanitario.

Se establece que, con la emisión de la presente propuesta, no se obtiene cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento que esta propuesta sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la póliza."

**IMPORTANTE**

Usted está solicitando su incorporación como Asegurado a una póliza o contrato de Seguro Colectivo, cuyas condiciones han sido convenida por \_\_\_\_\_ directamente con la Compañía de Seguros.

\_\_\_\_\_  
Fecha de la declaración

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado Titular

**XI. RESULTADO DE EVALUACION (Sólo uso interno)**

COBERTURA	RESULTADO DE EVALUACION		REQUERIMIENTO / OBSERVACION
VIDA	<input type="checkbox"/> Aceptado estándar <input type="checkbox"/> Aceptado con Sobreprima <input type="checkbox"/> Aceptado con Exclusión	<input type="checkbox"/> Pospuesto <input type="checkbox"/> Rechazado	
SALUD CATASTROFICO	<input type="checkbox"/> Aceptado estándar <input type="checkbox"/> Aceptado con Exclusión	<input type="checkbox"/> Pospuesto <input type="checkbox"/> Rechazado	
ONCOLOGICA	<input type="checkbox"/> Aceptado estándar	<input type="checkbox"/> Rechazado	

\_\_\_\_\_  
Fecha de la evaluación

\_\_\_\_\_  
Firma Evaluador