

# Solicitud de Incorporación Seguro Colectivo



Cobertura	N° de póliza	Cobertura	N° de póliza			
Vida		Oncológico		Incorporación	Modificación	Exclusiones

RUT Empresa	Nombre Contratante
-------------	--------------------

## Datos Asegurable titular

RUT	Nombre completo				
Género	Fecha de nacimiento	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión civil			
Dirección de contacto			Comuna	Ciudad	
Teléfono de contacto	Correo electrónico (*)				
Datos bancarios Asegurable Titular para depósitos de reembolsos			N° de Cuenta	Banco	
Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Vista					

(\*) Autorizo a la Compañía para dirigirme electrónicamente las comunicaciones que, con motivo de la contratación de este seguro y cualquier seguro contratado, me deban ser enviadas, como asimismo autorizo a enviar tales comunicaciones a mi teléfono celular.

## Grupo familiar para la cobertura de salud (cónyuge e hijos menores de 24 años)

RUT	Nombre completo	Género	Fecha de nacimiento	Parentesco

## Seguro Colectivo de Vida Funcionario

Marcar con una cruz los seguros que desea contratar:	<input type="checkbox"/> Seguro de vida (UF 500)
	<input type="checkbox"/> Deseo incorporar el adicional Indemnización por Muerte Accidental (UF 500)
	<input type="checkbox"/> Deseo incorporar el adicional Invalidez Total y Permanente Dos Tercios (UF 500)

Designación de beneficiarios del funcionario

RUT	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Porcentaje de Capital

## Seguro Colectivo de Vida Conyuge (Deseo incorporar a mi Cónyuge en el Seguro de Vida)

RUT	Nombre completo	Fecha de nacimiento

Marcar con una cruz los seguros que desea contratar:	<input type="checkbox"/> Seguro de vida (UF 500)
	<input type="checkbox"/> Deseo incorporar el adicional Indemnización por Muerte Accidental (UF 500)
	<input type="checkbox"/> Deseo incorporar el adicional Invalidez Total y Permanente Dos Tercios (UF 500)

Nota: En caso de fallecimiento del cónyuge, el beneficiario será el funcionario titular.

¿Tú, o alguno de los dependientes identificados en este cuestionario, a los cuales representa, ha padecido, tiene conocimiento de padecer, ha requerido tratamiento, o tiene una situación o condición de salud, o que actualmente se encuentra sometido a un diagnóstico en estudio para alguna patología representada en alguno de los siguientes grupos de enfermedades:

1	Tumores, Cáncer, leucemia, linfoma	9	Endocrinológicas, metabólicas	16	De Oídos, Nariz, Garganta
2	Cardíacas, Circulatorias, aneurismas	10	Resistencia a la insulina, Intolerancia a la glucosa, Diabetes	17	Neurológicas, cerebrovasculares
3	Hipertensión Arterial (HTA)	11	Dermatológicas	18	Psiquiátricas
4	Vasculares, sanguíneas	12	Osteoarticulares, Musculares	19	Obesidad, delgadez extrema
5	Respiratorias	13	Tabaquismo, consumo de drogas y alcohol	20	Embarazo actual
6	Digestivas	14	Enfermedades infecciosas (VIH, venéreas)	21	Sistema reproductor
7	Renales, Urinarias, Genitales	15	Oftalmológicas	22	Patologías congénitas
8	Reumatológicas			23	Otras patologías

# Solicitud de Incorporación Seguro Colectivo



A continuación, señale el número del grupo de enfermedad del listado anterior, por usted y/o su grupo familiar:

Nombre Asegurable	Grupo	Diagnóstico o enfermedad	Fecha de diagnóstico	Tratamiento indicado (medicamentos, cirugías, etc)	Estado actual
					<input type="checkbox"/> Alta / Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento
					<input type="checkbox"/> Alta / Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento
					<input type="checkbox"/> Alta / Fecha: _____ <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento

¿Tú, o alguno de los asegurables indicados en esta solicitud de incorporación realiza algún deporte o actividad de riesgo, tales como paracaidismo, parapente, alas delta, bungee, andinismo, surf, automovilismo, motociclismo, uso de moto como transporte, buceo, motonáutica, canopy, navegación a vela, boxeo, artes marciales, hípica, rodeo, piloto civil o comercial, estudiante de piloto, pasajero de línea área no regular, u otros deportes o actividades riesgosas?

Sí  No Detalle quien y cual actividad y/o deporte:

Nombre Asegurable	Actividad y/o deporte

Tomo conocimiento, entiendo y acepto expresamente, en mi nombre y de mis dependientes propuestos, que las enfermedades y/o condiciones de salud preexistentes (diagnosticadas, conocidas con anterioridad a la firma del contrato o en proceso de diagnóstico) o la práctica de deportes, hobby y/o actividades riesgosas debidamente declaradas anteriormente, 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 ante un siniestro.

Declaro expresamente que los datos entregados en el presente documento son exactos y fidedignos, y acepto que constituyan elementos indispensables para la apreciación del riesgo, y que una omisión de respuesta o declaración falsa, errónea, o reticencia de entregar antecedentes, 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. Autorizo a la compañía, conforme lo dispone la Ley N° 19.628 "Protección de datos de carácter personal", para que haga uso de los datos informados por mí en este documento o en otros relacionados con este seguro, inclusive cuando estos califiquen como sensibles, con la finalidad de hacer efectivo los beneficios del seguro o sea necesario comunicarlos a cualquier autoridad nacional o extranjera.

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 la compañía, liberando a los médicos, clínicas y hospitales, de la obligación de reserva de información sobre antecedentes de salud, otorgando 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 artículo N° 127 del código sanitario.

Estoy en conocimiento de que esta solicitud de incorporación no otorga 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:

Solicito mi incorporación como asegurado a una póliza de seguro colectivo, cuyas condiciones fueron convenidas por mi empleador directamente con la compañía de seguros.

Firma Asegurado Titular	Fecha de Ingreso a la empresa	Firma y Rut Empleador
	Día            Mes            Año	
_____ / _____ / _____ Día            Mes            Año	Fecha de vigencia inicial en la póliza	_____ / _____ / _____ Día            Mes            Año
	Día            Mes            Año	

Esta declaración tiene una validez de 30 días desde la fecha de suscripción solo para el objeto de ser evaluada por la Aseguradora, sin perjuicio de lo anterior esta declaración, tendrá vigencia indefinida para todos los efectos legales una vez celebrado el contrato.