

IMPORTANTE: Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el contratante, directamente con Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A.

A COMPLETAR POR EL CONTRATANTE

Contratante _____ Rut Contratante _____

RAZÓN SOCIAL

Póliza / Grupo _____ Fecha de inicio vigencia Capital Fijo Rentas
DÍA MES AÑO Monto _____

Coberturas incluidas en la póliza	Coberturas voluntarias de la póliza	Tipo movimiento
<input type="checkbox"/> Complementario de Salud <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Complementario Ampliado <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Catastrófico	<input type="checkbox"/> Complementario de Salud <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Complementario Ampliado <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Catastrófico	<input type="checkbox"/> Nuevo asegurado <input type="checkbox"/> Nueva carga <input type="checkbox"/> Cambio de Plan <input type="checkbox"/> Otro

Declaración contratante

El contratante certifica que el asegurable titular es empleado del contratante y que ha sido debidamente informado de las condiciones generales, de las condiciones particulares y de las cláusulas adicionales que componen la póliza a la que se incorpora.

Firma y Timbre Contratante

I. ANTECEDENTES DEL ASEGURABLE TITULAR

Nombre _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

Dirección Particular _____
DIRECCIÓN, CALLE, N°, DPTO COMUNA CIUDAD

Rut _____ Teléfono Fijo _____ Teléfono Móvil _____

Email _____ Fecha ingreso empresa Plan de salud Isapre Fonasa
DÍA MES AÑO

Ocupación o actividad _____ Peso (Kgs.) _____ Estatura (cms.) _____

Fecha de nacimiento Sexo F M Estado civil _____
DÍA MES AÑO

Forma de reembolso cheque deposito N° de cuenta _____

Tipo de cuenta: corriente vista/ahorro Banco _____

II. ASEGURABLES ADICIONALES PARA EL SEGURO DE SALUD (Cargas)

RUT asegurable	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Sexo	Parentesco	Peso (kgs.)	Estatura (cms.)

III. BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

RUT beneficiario	Nombre completo	Sexo	Parentesco	% beneficio

IV. DECLARACIÓN DE SALUD Y ACTIVIDADES

a) SI NO : ¿Ha sido usted o algunos de los asegurables propuestos, diagnosticado por un médico o ha estado en tratamiento u hospitalizado o tiene conocimiento de padecer o haber padecido de Hipertensión Arterial, Enfermedad Coronaria, Miocardiopatía, Insuficiencia Cardíaca, Arritmia Cardíaca, Valvulopatía Cardíaca, Aneurisma, Hipertensión Pulmonar, Insuficiencia Venosa (varices), Enfermedad obstructiva de arterias periféricas, Estenosis u Oclusión de las Arterias Coronarias, Enfermedad Obstructiva Crónica, Asma, Fibrosis Pulmonar, Tuberculosis, Bronquiectasia, Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal Crónica, Nefropatía Hipertensiva, Glomerulopatías, Cirrosis Hepática, Daño Hepático Crónico, Hepatitis Crónica, Pancreatitis Crónica, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Síndrome Ulceroso Gastroduodenal, Accidente Vascular Encefálico, Hemiplejía, Hemiparesia, Epilepsia, Parkinson, TEC Secuejado, Neuropatía Periférica, Bocio, Tumor Cerebral, Pólipos Intestinales, Adenoma Prostático, Histiositosis, Hemofilia, Anemia Severa, Alzheimer, Encefalopatía, Crónica, Secuela Traumática a la Columna, Discopatía de Columna, Hernia de Columna, Estenorraquis, Espondiloartrosis, Artritis, Lupus Eritematoso, Esclerosis Múltiple, Artrosis, Tendinopatía, Fibromialgia, Parálisis Permanente, Distrofia Muscular, Cataratas, Glaucoma, Retinopatía, Maculopatía, Alta Miopía, Hipoacusia, Neurocirugía, Injerto Aórtico, Revascularización Coronaria, Cirugía de las Válvulas Cardíacas, Trasplante de Órganos Mayores, Angioplastia de Balón, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida?

En caso que usted o alguno de los asegurables de su grupo familiar padezca, haya padecido, o le haya sido diagnosticada algunas de las enfermedades antes enunciadas u otras dolencia no indicada, deberá declarar y detallar a continuación:

Nombre del asegurable	Fecha diagnóstico, tratamiento, dolencia, enfermedad	Estado actual

b) SI NO : ¿Realiza usted o alguien de su grupo familiar alguna de las siguientes actividades, deportes o hobby tales como, piloto o tripulante de avión civil o comercial, trabajos en altura, actividades asociadas a explosivos, alto voltaje o sustancias toxicas, trabajos con sierras, soldaduras, maquinaria pesada, conducción de buses, taxis o ambulancias, actividades de bombero, guardia de seguridad, equipo de rescate, buzo, montañista, participación en carreras de auto, moto o lancha, parapente, paracaidismos, alas delta, benjie, rodeo, jinete u otra actividad o deporte riesgosos no mencionada anteriormente?

Si la respuesta es SI, detalle a continuación el tipo de actividad riesgos que practica: _____

Confirmando la exactitud de las declaraciones y respuestas expresadas en la letra a) y letra b), que he hecho por mí y las personas individualizadas en esta solicitud, que nada he ocultado, omitido o alterado y estoy informado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o reticencia de mi parte determinantes del riesgo asegurado, faculta a la Compañía para rescindir o poner término anticipado al contrato y sus coberturas, y la libera del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en el Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza.

Fecha:

DÍA	MES	AÑO

Firma del Asegurable Titular

V. CONSENTIMIENTO DEL ASEGURABLE

V.1 AUTORIZACION ESPECIAL: Tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad y/o dolencia preexistente declarada en el punto IV, implica que respecto de ella(s) los beneficios de este seguro no operan si la causa de siniestros fuere producto de una de las enfermedades y/o dolencias preexistentes señaladas por mí en este formulario.

También acepto que en caso de no declarar, en este formulario, mis enfermedades y/o dolencias preexistentes, así como las de mi grupo familiar, significará que la cobertura del seguro no operará si la causa del siniestro fuese producto de una de las enfermedades o dolencias comprendidas en el punto IV de este formulario.

V.2 AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Por este acto, y según lo dispuesto en la ley N°19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones o las leyes que en el futuro pudieran reemplazarla, doy mi consentimiento y autorización expresa para que Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. y sus representantes, sucesores o cesionarios puedan proceder al tratamiento, la transmisión o transferencia de todos o parte de los datos personales e información que declaro haber entregado voluntariamente a su disposición, a cualesquiera terceros prestadores de servicios que estuvieran ubicados dentro o fuera de Chile, para efectos de poder liquidar un siniestro y hacer efectivo el(los) beneficio(s) que pueden estar asociados al seguro contratado, así como para efecto de almacenamiento de la información. Asimismo, por medio del presente instrumento, autorizo a Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. para solicitar cualquier médico o institución de salud que me haya examinado, información respecto de mi historia médica y condición de salud, todo con el objeto de poder hacer efectivas las coberturas de que trata el presente seguro.

V.3 AUTORIZACION DE INCORPORACION A LA POLIZA: Por este instrumento autorizo mi incorporación como Asegurado al Seguro Colectivo de Vida y/o Salud contratado por el Tomador y/o Contratante antes individualizado con Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. Además autorizo el envío de información respecto de las coberturas y exclusiones de la póliza colectiva y de cualquier otra comunicación o documento o antecedente, incluido el envío del certificado de incorporación a la póliza, al correo electrónico indicado en el punto I. de esta solicitud o en otro documento posterior que reemplace dicha información.

Firmo en señal que he tomado conocimiento y acepto la Declaración Especial del numeral V.1 y de que otorgo a Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. la autorización para Tratamiento de Datos Personales y para la Incorporación a la Póliza en los términos señalados en los numerales V.2 y V.3

Fecha:

DÍA	MES	AÑO

Firma del Asegurable Titular

Comprendo y concuerdo que cualquier declaración falsa, errónea o mera reticencia en cuanto a las respuestas que he contestado, conlleva que la compañía podrá rescindir el contrato. Adicionalmente, autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga registros personales o de salud de cualquier asegurable incluido en este seguro, para que pueda dar, entregar o proporcionar cualquier información solicitada por Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. A su vez faculto a esta última para que solicite y retire copias de tales antecedentes, exámenes o informes médicos de las personas e instituciones mencionadas, autorización que otorgo incluso para tener efecto después de mi muerte.

Asimismo, entiendo y acepto que la presente Solicitud de Incorporación no conlleva la inmediata aceptación por parte de Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A, y que, por tanto, el documento no corresponde a un Certificado de Cobertura.

IMPORTANTE

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

1. Este es un seguro de suscripción voluntaria, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE o FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
3. Antes de contratar este seguro, es importante que usted se informe, que tenga claridad sobre los siguientes aspectos:

- 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 qué casos **NO SE PAGARÁ ESTE SEGURO**.
- Los requisitos para cobrar el seguro.

4. En el siguiente cuadro se resumen algunos 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.
- **SÍ** 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 el caso de renovación.
- **NO** cubre preexistencias.

5. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas, en la Superintendencia de Valores y Seguros, con el código según corresponda a la cobertura contratada, las que se detallan en el Certificado de Cobertura. Usted puede revisar este texto en www.svs.cl