

Estos datos solo deben ser llenado por el encargado del seguro o Intermediario.

1 Antecedentes Empresa (Marcar con una X lo que quiere realizar) (Datos Obligatorios)

Ingreso Nuevo Asegurado
 Ingreso Nueva Carga
 Modificación de Capital
 Actualización de Datos Asegurado
 Traspaso de Empresa o Grupo
 Otro: _____

Rut de la empresa a la que pertenece el Asegurado: _____ - _____ **Razón Social:** _____

N° de Póliza: _____ Nombre Grupo Plan (1): _____ Fecha de Inicio de Vigencia: _____ día _____ mes _____ año

IMPORTANTE: Usted está solicitando como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por _____ directamente con la Compañía de Seguros. Las condiciones de cobertura(s) solicitada(s) se encuentran detalladas en el anexo que debiera ser entregado al momento de suscribir la solicitud, el cual también debiera ser adjunto y debidamente firmado. Por favor completar este formulario con letra imprenta y clara. Utilice el mismo lápiz durante todo el proceso y complete con líneas diagonales todos los espacios en blanco.

2 Antecedentes del Asegurado Titular (Datos obligatorios)

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____ RUT: _____

Dirección de Contacto: _____ Comuna: _____ Ciudad: _____ Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Conviviente Civil
 Sexo: F M
 Fecha de Nacimiento: _____ día _____ mes _____ año
 Peso (kgs.): _____ Estatura (mts.): _____ Renta Bruta Mensual (\$): _____ Capital Solicitado (UF): _____

Institución de Salud: _____ Fecha Ingreso en Empresa: _____ día _____ mes _____ año
 Ocupación/Actividad/Cargo: _____ Actividad y/o Deporte Riesgoso: _____

Nombre: _____

3 Forma de Pago Reembolsos de Salud CHEQUE DEPOSITO

Tipo de cuenta: CORRIENTE AHORRO A LA VISTA Banco: _____ N° Cuenta: _____

4 Antecedentes del Asegurado Dependiente (Cónyuge e Hijos Solteros)

| NOMBRE (Apellidos, Nombres) | RUT | Relación con titular | Fecha Nacimiento | Sexo M-F |
|-----------------------------|-----|----------------------|------------------|----------|
| | - | - | / / | |
| | - | - | / / | |
| | - | - | / / | |
| | - | - | / / | |

5 Beneficiarios Seguros de Vida (En caso de fallecimiento del Asegurado Titular). Se recomienda designar mayores de edad.

| NOMBRE (Apellidos, Nombres) | RUT | Relación con titular | Fecha Nacimiento | Sexo M-F | Porcentaje (%) |
|-----------------------------|-----|----------------------|------------------|----------|----------------|
| | - | - | / / | | |
| | - | - | / / | | |
| | - | - | / / | | |
| | - | - | / / | | |
| TOTAL = | | | | | 100% |

6 Declaración Simple de Salud (Datos obligatorios)

a) ¿Usted o alguien de su grupo familiar padece o ha padecido alguna de las enfermedades, situaciones o condiciones de salud que se detallan en el Listado siguiente, está embarazada, o actualmente se encuentra sometido a un diagnóstico en estudio para alguna patología? SÍ NO

b) ¿Usted ha tenido un cambio o malestar físico en los últimos tres meses sin consulta médica o diagnóstico? SÍ NO

| LISTADO (CÓDIGO) | 9. Enfermedades Renales | 18. Enfermedades Musculares | 27. Enfermedades de la Nariz |
|--|---|----------------------------------|--|
| 1. Tumores | 10. Enfermedades Sistema Genitourinario | 19. Enfermedades de la Piel | 28. Enfermedades de la Boca |
| 2. Cáncer | 11. Enfermedades Sistema Endocrino | 20. Enfermedades Reumatológicas | 29. Enfermedades de la Garganta |
| 3. Enfermedades Cerebro Vasculares | 12. Enfermedades Nutricionales | 21. Enfermedades de la Sangre | 30. Enfermedades de los Ojos |
| 4. Enfermedades Sistema Respiratorio | 13. Enfermedades Metabólicas | 22. Enfermedades de los Ganglios | 31. Enfermedades Sistema Óseo |
| 5. Enfermedades Sistema Cardiovascular | 14. Enfermedades Sistema Nervioso | 23. Enfermedades Linfáticas | 32. Obesidad Mórbida |
| 6. Enfermedades del Corazón | 15. Enfermedades Infecciosas | 24. Enfermedades Mentales | 33. Embarazo |
| 7. Enfermedades Sistema Circulatorio | 16. Enfermedades Parasitarias | 25. Enfermedades Siquiátricas | 34. Licencias Médicas Reiteradas o mayor a 1 mes |
| 8. Enfermedades Sistema Digestivo | 17. Enfermedades de las Articulaciones | 26. Enfermedades del Oído | |

Si las respuestas en a) y/o b) son afirmativas, por favor, complete el siguiente recuadro.

| Nombre (Apellidos, Nombres) | Código | Enfermedad y/o Situación de Salud y/o Sintomatología | Fecha Diagnóstico | Condición Actual | Tratamientos (Especificar cuál(es)) | Otros Antecedentes | USO EXCLUSIVO DE CNS |
|-----------------------------|--------|--|-------------------|------------------|-------------------------------------|--------------------|----------------------|
| | | | / / | | | | |
| | | | / / | | | | |
| | | | / / | | | | |
| | | | / / | | | | |

ACEPTACIÓN ESPECIAL EN CASO QUE ESTA SOLICITUD SEA ACEPTADA POR LA COMPAÑÍA:
 Tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad preexistente y/o situación de salud preexistente, declarada precedentemente, implica que respecto de ella(s) los beneficios de este seguro no operarán si la causa del siniestro fuere producto de una de las enfermedades preexistentes o situaciones de salud preexistentes señaladas expresamente por mí en este formulario.
 También acepto que en caso de no declarar, en este formulario, mis enfermedades preexistentes o las situaciones de salud preexistentes, así como las de mi grupo familiar, significará que la cobertura del seguro no operará si la causa del siniestro fuere producto de una de las enfermedades o situaciones de salud comprendidas en el listado del punto 6 de este formulario.
 Confirmando en mi nombre, y en el nombre de mi grupo familiar, la exactitud y veracidad de las declaraciones arriba expresadas y que nada he ocultado, omitido o disimulado.
 Autorizo a la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. a solicitar todos aquellos antecedentes y exámenes médicos que considere necesarios para la evaluación del riesgo propuesto.
 Estoy en conocimiento que el texto de la póliza contratada por el Contratante contiene otras exclusiones de cobertura adicionales a las que da cuenta este formulario, las cuales he tenido a la vista en anexo a esta solicitud.
 El capital solicitado será determinado por la Compañía luego de la evaluación de la presente solicitud.
 Para los efectos del pago directo al prestador de salud, autorizo o mando a la compañía de seguros, para que, en caso de existir convenio que así lo permita, la compañía de seguros pague directamente el monto al prestador de salud. Asimismo, autorizo para que el prestador de salud envíe directamente a la compañía de seguros la información sobre mi salud que sea requerida para efectuar la liquidación y pago de las facturas.

Fecha Declaración día _____ mes _____ año _____

Firma Solicitud, Declaración de Salud y Aceptación Especial Asegurado Titular

Firma y Timbre Contratante

Esta declaración no otorga cobertura sino hasta haber sido evaluada y aceptada por parte de la Compañía.
 Evaluación y Resolución Médica (uso Compañía)

Fecha Evaluación _____ / _____ / _____
 Fecha Recepción _____ / _____ / _____

Firma y Timbre Compañía _____

COPIA: CLIENTE

ORIGINAL: CONSORCIO

ABASCNS167

FSUC001-171115

IMPORTANTE:

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

1. Este es un seguro voluntario, 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 y tenga 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 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:
Este seguro:

| | |
|-----------|---|
| <u>NO</u> | contempla renovación garantizada. |
| <u>SI</u> | podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza. |
| <u>SI</u> | considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación. |
| <u>NO</u> | 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.

La Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está 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 la página web www.aach.cl.

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le 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 la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl.

Notas:

(1) Si no conoce el nombre del grupo, indique los nombres de las coberturas contratadas (Ejemplo: Vida, Salud, Dental, Etc.).