

**I. Identificación del contratante**

Nombre empresa contratante:		
RUT:	Póliza:	Rol/plan:

**II. Identificación del asegurado titular**

Nombre completo:		Cédula identidad:	
Fecha de nacimiento: ___ / ___ / _____	Sexo: <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> masculino		Estado civil:
Actividad:	Peso:	Estatura:	Fecha contrato: ___ / ___ / _____
Correo electrónico:			
Seleccione forma de envío de las comunicaciones: <input type="checkbox"/> Domicilio laboral (a través del empleador) <input type="checkbox"/> Correo electrónico (dirección señalada precedentemente)			

**III. Coberturas contratadas**

<input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Catastrófico	<input type="checkbox"/> Oncológico	<input type="checkbox"/> Gastos funerarios
-------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------------

**IV. Seguro de vida (indicar una o la otra según corresponda)**

<input type="checkbox"/> Capital asegurado	<input type="checkbox"/> Renta	\$
--------------------------------------------	--------------------------------	----

**V. Designación de beneficiarios**

Señale las personas que recibirán el capital contratado por el seguro de vida ante su fallecimiento. Al designar más de un beneficiario debe indicar el % de cada uno. En caso contrario se entenderá en partes iguales.

Cédula identidad	Nombre completo	Correo electrónico	%(*)

(\*) Debe sumar 100%.

**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 menores de 24 años, 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.

Cédula identidad	Nombre completo	Fecha nacimiento	Parentesco	Peso	Estatura

Importante: la cédula de identidad de los asegurados dependientes es fundamental para los servicios asociados a esta póliza, tales como I-Med y posibles convenios que lo requieran.

**VII. Forma de pago de beneficios**

Complete antecedentes para el abono automático de sus reembolsos de salud y dental.

<input type="checkbox"/> Cuenta corriente	<input type="checkbox"/> Cuenta vista	<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorro
N° de cuenta:	Banco:	

Si no informa estos antecedentes, el pago de los reembolsos se realizará por medio de un cheque nominativo al titular de la póliza, el que será enviado a través de su empleador.

**VIII. Hábitos, deportes y/o actividades de alto riesgo**

	Sí	No	
¿Usted, o alguno de los asegurables indicados en esta solicitud de incorporación fuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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, canopy, navegación a vela, boxeo, artes marciales, hípica, rodeo, u otros deportes o actividades riesgosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quién:
			Cuál:
			Frecuencia:

**IX. Declaración de salud**

Usted o alguno de los asegurados dependientes informados en esta solicitud de incorporación al Seguro Colectivo, padece, ha padecido, se encuentra en proceso de diagnóstico o presenta cualquier sintomatología de:

	Sí	No
Cáncer, tumores, pólipos, nódulos, enfermedad de los ganglios linfáticos, leucemia, linfomas, aplasia medular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia, parkinson, neuropatías, esclerosis múltiple, parálisis, accidentes cerebro vasculares, derrame cerebral, aneurisma, infarto cerebral, encefalitis u otra enfermedad del sistema nervioso central.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión, esquizofrenia, trastornos del ánimo o de la personalidad, psicosis, crisis de pánico, bulimia, anorexia u otra enfermedad de salud mental.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miopía, astigmatismo, hipermetropía, glaucoma, cataratas, estrabismo, queratocono, ceguera, o cualquier enfermedad a los ojos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desviación tabique nasal, obstrucción nasal, sordera, hipoacusia, o cualquier otra enfermedad que afecta a la nariz o los oídos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema pulmonar, fibrosis quística, asma, neumotórax, pleuresía, fibrosis pulmonar y cualquier otra enfermedad que afecte al sistema respiratorio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis b, hepatitis c, síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA (portador o enfermo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculos renales, nefritis, pielonefritis, riñones poliquísticos, insuficiencia renal, malformación de riñones o de las vías urinarias, enfermedades a la vejiga, testículos o próstata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de las mamas, mioma uterino, quistes ováricos, endometriosis, PAP alterados u otras enfermedades que afecten el aparato reproductor femenino.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lupus eritromatoso, artritis reumatoidea, cirrosis hepática autoinmune, miastenia gravis, tiroiditis de Hashimoto, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, poliorradiculopatía desmielinizante inflamatoria crónica, síndrome Guillian-Barré, fibromialgia, eritema nodoso u otras enfermedades autoinmunes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipotiroidismo, hipertiroidismo, nódulos a la tiroides o bocio multinodular u otras patologías de tiroides.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artrosis, osteoporosis, hernias de columna, escoliosis, espondilosis o discopatía, meniscopatía o lesiones a la rodilla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatías congénitas, fisura palatina o labio leporino, displasia de cadera, síndrome de down, o cualquier otra malformación o patología congénita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embarazo actual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
RUT asegurado

\_\_\_\_\_  
Firma asegurado titular

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	Fecha diagnóstico	Tratamiento indicado (medicamentos, cirugías, 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. Declaración 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 propuesto 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 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. Solicito mi incorporación como asegurado a una póliza de seguro colectivo, cuyas condiciones fueron convenidas por mi empleador directamente con la compañía de seguros.

\_\_\_\_\_  
 Fecha de la declaración

\_\_\_\_\_  
 RUT asegurado

\_\_\_\_\_  
 Firma asegurado titular

## Resultado de evaluación (sólo uso interno)

Cobertura	Resultado de la evaluación		Requerimiento/observación
Vida	<input type="checkbox"/> Aceptado estándar <input type="checkbox"/> Aceptado con exclusión <input type="checkbox"/> Pospuesto	<input type="checkbox"/> Aceptado con sobreprima <input type="checkbox"/> Rechazado	
Salud Catastrófico	<input type="checkbox"/> Aceptado estándar <input type="checkbox"/> Pospuesto	<input type="checkbox"/> Aceptado con exclusión <input type="checkbox"/> Rechazado	

\_\_\_\_\_  
 Fecha de la evaluación

\_\_\_\_\_  
 Firma evaluador