

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 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: _____

Nº de Póliza: _____ Nombre Grupo Plan (1): _____ Fecha de Inicio de Vigencia: _____ / _____ / _____

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 deberá ser entregado al momento de suscribir la solicitud, el cual también deberá ser adjunto y debidamente firmado. Por favor completar este formulario con letra impresa 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		Sexo	Fecha de Nacimiento	Peso (kgs.) Estatura (mts.) Renta Bruta Mensual (\$) Capital Solicitado (UF)
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Conviviente Civil		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	día mes año	,
Institución de Salud	Fecha Ingreso en Empresa	Ocupación/Actividad/Cargo	Actividad y/o Deporte Riesgo	
Nombre:	día mes año			

3 Forma de Pago Reembolsos de Salud CHEQUE DEPOSITO

Tipo de cuenta: CORRIENTE AHORRO A LA VISTA Banco: _____ Nº 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)

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 Reumatólogicas	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 fuese producto de una de las enfermedades o situaciones de salud comprendidas en el listado del punto 6 de este formulario.

Confirmo 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 mandato 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

dia mes año

Firma Solicitud, Declaración de Salud y Aceptación Especial Asegurado Titular
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 / /

Firma y Timbre Contratante

Firma y Timbre Compañía

Fecha Recepción / /

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 readjustar 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:

NO	contempla renovación garantizada.
SI	podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
SI	considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.
NO	cubre preeexistencias.

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.).