

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN SEGUROS COLECTIVOS VIDA Y SALUD



1. Enrolamiento del Asegurable
2. Inclusión de carga
3. Cambio beneficiarios Vida

VIDA
SALUD
DENTAL
CATASTRÓFICO

I.-EMPRESA CONTRATANTE

NOMBRE	GRUPO (S)	NºPOLIZAS

II.-ANTECEDENTES DEL ASEGUARABLE

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	SEXO

DIRECCIÓN DE CONTACTO	COMUNA	CIUDAD	CORREO ELECTRÓNICO

LUGAR DE TRABAJO <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Laboratorio <input type="checkbox"/> Terreno <input type="checkbox"/> Obras <input type="checkbox"/> Bajo Tierra <input type="checkbox"/> Otro Detallar: (Especificificar)	¿PRACTICA ALGUNA ACTIVIDAD DE RIESGO EN SU TRABAJO Y/O ALGUNA ACTIVIDAD RIESGOSAS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿CUÁLES? <input type="checkbox"/> NO Detallar:	¿PRACTICA DEPORTES RIESGOSOS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> ¿CUÁLES? <input type="checkbox"/> NO ¿Se encuentra Usted Federado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Desde cuándo? <input type="checkbox"/> NO

Cargo Actual	Fecha Ingreso a la Empresa	PESO	Sistema Previsional de Salud	Capital Asegurado
Compañía Anterior	Vigencia Cía. Anterior	ESTATURA	<input type="checkbox"/> Fonasa <input type="checkbox"/> Isapre	

III.-FORMA DE PAGO PARA LOS REEMBOLSOS DE GASTOS MÉDICOS

<input type="checkbox"/> Depósito en Cuenta	Tipo: <input type="checkbox"/> CTE <input type="checkbox"/> Prima <input type="checkbox"/> Ahorro	NºCTA	BANCO
Corriente	Nombre Completo	RUT	
<input type="checkbox"/> CHEQUE			

Importante: En caso de modificar su forma de pago para el reembolso de gastos médicos, deberá informarlo a la Compañía, a través de su Corredor de Seguros.

IV.-BENEFICIARIOS SEGUROS DE VIDA (En caso de fallecimiento del asegurado titular). Si usted designa beneficiarios menores de edad, se le recuerda que éstos necesariamente deben actuar debidamente representados. Si necesita espacio adicional, favor adjuntar hoja anexa de designación de beneficiarios, que incluye nombre, rut, fecha y firmas. IMPORTANTE: Esta declaración de beneficiarios remplaza y deja sin efecto cualquier designación de beneficiarios efectuada con anterioridad.

RUT(Obligatorio) APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES	RELACIÓN % BENEF.	DATOS CONTACTO (TELÉFONO / EMAIL)
TOTAL DEBE SUMAR 100%		

V.-GRUPO FAMILIAR CON COBERTURA SEGURO DE SALUD

RUT(Obligatorio) APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES	RELACIÓN	FECHA NAC.	ISAPRE

VI.-PREGUNTAS

Debe responder con veracidad y exactitud las preguntas de este listado, consignando todas aquellas enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por usted respecto de su persona y de cada uno de los integrantes de su grupo familiar que se solicita incorporar a este seguro, hayan o no requerido tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica, cualquiera sea la fecha de diagnóstico y su estado actual, incluso recuperado y dado de alta. Este listado es referencial, de modo que si usted o alguno de los integrantes de su grupo familiar ha tenido otra enfermedad no indicada aquí, debe ser declarada igualmente:

- Trastorno del ánimo, depresión, ansiedad, intento de suicidio, neurosis, psicosis, esquizofrenia o cualquier otra patología de salud mental. SI NO
- Accidentes vasculares, isquémicos o hemorrágicos, aneurismas cerebrales, tumores, quistes, hidrocefalia, SI NO Traumatismo Encéfalo Craneano (TEC), Fistulas del líquido cefalorraquídeo, tumor vertebral, tumor medular o nervios periféricos, Epilepsia, Encefalitis, Parkinson, Alzheimer, Esclerosis Múltiple, Neuropatías, Jaquecas, Migrañas, Meningitis, Deficit Atencional o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o nervios periféricos.
- Asma, Apnea, Enfisema, Neumonía, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Tuberculosis, SI NO Alergias Respiratorias, Sinusitis, o cualquier otra enfermedad del sistema respiratorio, pulmones o pleura.
- Hipertensión Arterial, Infarto del Miocardio, Enfermedades Coronarias, Angina de Pecho, Enfermedades SI NO Reumáticas, Sopro al Corazón, Arritmias, Accidentes Cerebrovasculares, Aneurismas, Varices, Flebitis, Úlceras Varicosas o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.
- Úlcera al estómago, úlcera duodenal, reflujo gastroesofágico, esofago de Barret, enfermedad diverticular, SI NO hernias, tumores del estómago, tumores del intestino, hemorragias digestivas, hemorroides, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, pancreatitis, cálculos biliares, hepatitis, cirrosis, sangramiento rectal, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo como esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, vía biliar, bazo y pancreas.
- Trastornos a la Tiroides, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Tiroiditis de Hashimoto, Bocio, Colesterol elevado, SI NO Triglicéridos elevados, alteración de los lípidos, Obesidad, Diabetes, bulimia, anorexia, resistencia a la insulina, síndrome "X", Enfermedad de Addison, Tumor de la Hipófisis, Tumor de Tiroides o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas o enfermedades metabólicas.
- Enfermedades Ginecológicas y de las Mamas por ejemplo quistes, tumores, cancer, miomas, endometriosis, SI NO ovarios poliquísticos, endometritis, Infección por virus papiloma, Neoplasia Intraepitelial del cuello uterino, Pólips, Cervicitis, Prolapso Uterino, Indique si usted o alguno de sus beneficiarios ha recibido o está en tratamiento por infertilidad o esterilidad o cualquier otra enfermedad de este sistema como enfermedad del útero, trompas, ovarios.
- Infección Trato Urinario, Cistitis, Nefritis, Cálculos Renales, Hiperplasia, Adenoma Prostático, Cancer SI NO Prostático, Varicocele, Tumor Renal, Vesical o Testicular o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, ureter, vejiga, uretra, próstata y genitales.

- 9.- Hernias Nucleo Pulposo, Discopatías, Lumbago, Lumbociática, Gota, Artritis, Artrosis, Osteoporosis, Reumatismo, Trastornos del Crecimiento, Talla Baja, Fracturas, Displasia de Cadera, Sdme. Tunel Carpiano, Enfermedades Inmunitarias o Autoinmunes como Lupus o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones. SI NO
- 10.- Anemia, Hemofilia, Leucemia, Linfoma, Alteraciones de la Coagulación, Hemorragias persistentes o cualquier otra enfermedad de la sangre o componentes del sistema hematopoyético como ganglios, vasos linfáticos. SI NO
- 11.- Malformaciones y/o Enfermedades Congénitas por ejemplo Labio Leporino, Pie Bot, Cardiopatías congénitas, Sdme. de Down, Prognatismo, Anomalía Cráneo Macizo Facial, Anomalía Dento Facial, Enfermedades Genéticas, Trasplante, Alteraciones Cromosómicas o cualquier otra anomalía, defecto físico o patología congénita. SI NO
- 12.- Tumores y/o Enfermedades Oncológicas por ejemplo cancer, quistes, tumores, nódulos, aplasia medular, pólipos de cualquier localización. SI NO
- 13.- Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, por ejemplo Hemangiomas, Psoriasis, Eczemas, Secuelas de Quemaduras, úlceras, Dermatitis, Acné Severo, Melanoma, Rosácea u otra enfermedad dermatológica. SI NO
- 14.- Miopía, Astigmatismo, Hipermétropía, Estrabismo, Presbicia, Cataratas, Glaucomas, Retinopatía, Blefaritis, Chalazion, Otitis, Sordera, Síndrome Menier, Vértigo, Sinusitis, Adenoides, Pólipos, Desviación del Tabique Nasal o cualquier otra enfermedad de los ojos, oídos, nariz y garganta. SI NO
- 15.- Sífilis, gonorrea, rubeola, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, cistercosis, enfermedad de chagas, hidatidosis, VIH positivo, SIDA o cualquier otro tipo de enfermedad infecciosa. SI NO
- 16.- Enfermedades del Embarazo, Parto, Puerperio y Recién Nacido Pretérmino o Prematuro, además ¿Alguna beneficiaria indicada en la sección "V" de este formulario está embarazada actualmente? SI NO
- 17.- Traumatismo, Accidentes y Quemaduras, indique cualquier accidente con o sin secuelas, detallando si es de origen laboral o no, deformidad adquirida, TEC, fractura. SI NO
- 18.- Licencias médicas anteriores. ¿Ha tenido usted o alguno de sus beneficiarios licencias médicas en los últimos 24 meses? Si la respuesta es afirmativa indique diagnóstico y número de días de licencia. SI NO
- 19.- Indique si usted u alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo que diagnóstico o tiene alguna hospitalización pendiente SI NO
- 20.- Consumo algún tipo de medicamento en forma habitual. En caso afirmativo indicar nombre del medicamento, motivo de su consumo y diagnóstico. SI NO
- 21.- Protesis, Ortesis: Señale si usted u alguno de sus beneficiarios utiliza algún tipo de prótesis u ortesis, tales como audífonos, lentes ópticos, marcapasos, protesis de caderas, ortopédicas u otras. SI NO
- 22.- Usted o alguno de sus beneficiarios se encuentra dictaminado en algún grado de Invalidez o se encuentra tramitando una Invalidez por accidente o por enfermedad, ya sea total o parcial?. En caso afirmativo indicar causal y porcentaje de invalidez otorgado. SI NO
- 23.- Otras enfermedades: Consigne aquí si Usted o alguno de sus beneficiarios padece o ha padecido alguna enfermedad, condición de salud, lesión o cualquier condición médica que no esté identificada anteriormente y que se le haya diagnosticado medicamente. SI NO
- 24.- Práctica alguna actividad o deporte riesgoso, aunque lo haga en forma ocasional y esporádica, considerándose como tales aquellos que requieran del uso de protecciones y/o medidas especiales de seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo: Inmersiones subacuáticas, Buceo, Artes Marciales, Alas Delta, Equitación, Parapente, Paracaidismo, Montañismo o Escalada, Benji, Rodeo, Carreras de velocidad (Auto, Moto, Embarcaciones Acuáticas, Bicicleta, Carreras a Caballo), Ski de nieve, Ski en Helicóptero, Manta Ray, Polo, Kite surf, Ciclismo, Bombero, Piloto o Pasajero de Aviación Civil, Pasajero de Aviación Comercial en vuelos No regulares o de itinerario no establecido. En caso afirmativo indicar cuál. SI NO

Si usted ha contestado SI a alguna de las preguntas anteriores, indique abajo el nombre de la persona y el detalle de su padecimiento: (fechas de diagnósticos, tratamientos, etc.).

Nº PREGUNTA AFIRMATIVA	APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES	DIAGNÓSTICO (NOMBRE Y FECHA)

DECLARACIÓN DEL PROPONENTE ASEGURADO

Tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad preexistente y/o situación de salud preexistente declarada en el presente formulario se encuentra excluida de cobertura por la póliza es decir, los beneficios de este seguro no operaran si la causal de siniestro fuera producto de la(s) preexistencia(s) señalada(s) expresamente por mí en este formulario, sus tratamientos, consecuencias, complicaciones y gastos asociados. También acepto expresamente la exclusión de cobertura de todo deporte o actividad riesgosa declarada en el presente formulario es decir, los beneficios de este seguro no operaran si la causal de siniestro fuera producto del deporte o actividad riesgosa declarada. También acepto que en caso de mi reticencia a declarar, en este formulario, las enfermedades preexistentes o situaciones de salud preexistente(s) o la práctica de algún deporte o actividad riesgosa mía(s) y de mi grupo familiar , significará que la cobertura del seguro no operará si la causa del siniestro fuese producto de una enfermedad, situación de salud, deporte o actividad riesgosa comprendidos en punto VI. Preguntas.

IMPORTANTE:

Usted está solicitando la incorporación como Asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo, cuyas condiciones han sido convenidas directamente por el Contratante.....(indicar nombre) con la Compañía de Seguros.

AUTORIZACIÓN

Declaro estar dispuesto a someterme voluntariamente a exámenes y pruebas médicas, tanto yo como las demás personas que he propuesto asegurar, si la Compañía así lo requiere, con ocasión de la evaluación y/o suscripción del riesgo por su parte, y asimismo, para el caso de siniestro. Adicionalmente, autorizo expresamente a cualquier médico, profesional de la salud, institución de salud pública o privada, tribunales de justicia, Jueces árbitros y a cualquier otra persona natural o jurídica, pública o privada, incluidas las Superintendencias de la Salud, de Isapres y de Valores y Seguros, que cuente con datos, información o antecedentes relativos a mi estado de salud física y psíquica, como tambien a los de mi grupo familiar incorporados en este seguro; tales como fichas clínicas, antecedentes clínicos, informes médicos y análisis o exámenes de laboratorio clínicos, para entregar dichos datos, información o antecedentes a la Compañía, cuando esta lo solicite, para lo cual otorgo mi expreso consentimiento conforme lo dispone la Ley N°19.628 y el artículo 127 del Código Sanitario. Además autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de la información antes señalada, todo ello conforme lo dispone la Ley 19.628. El consentimiento y autorizaciones precedentes se otorgan en forma irrevocable y por toda la vigencia del seguro, incluyendo la etapa de evaluación y durante el procedimiento de liquidación de cualquier siniestro, autorizaciones que no se extinguirán en caso de muerte, conforme lo establece el artículo 2169 del Código Civil. Por otra parte la Compañía se obliga a guardar absoluta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida.

Fecha

Firma

RESULTADO DE EVALUACIÓN MÉDICA (Uso exclusivo de la Compañía de Seguros)