



**Importante:** Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una Póliza o Contrato de Seguros Colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el Contratante individualizado en el Título I de esta solicitud, directamente con la Compañía de Seguros

## COBERTURAS SOLICITADAS

<input type="checkbox"/> Fallecimiento N° Póliza	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Salud N° Póliza	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Dental N° Póliza	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ampliación N° Póliza	<input type="text"/>

**TIPO DE SOLICITUD (Marque solo una opción)**

Incorporación	Modificación
---------------	--------------

## I. IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE

RUT		Razón Social/Nombre	
-----	--	---------------------	--

## II. IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURABLE TITULAR (postulante al seguro)

RUT  Fecha Nacimiento  Teléfono

Nombre Completo	
-----------------	--

Dirección Completa	
--------------------	--

Género:  Estado civil:  Casado/Conv. Civil  Viudo  Soltero

Email		Fecha Ingreso Empresa	
-------	--	-----------------------	--

Renta Mensual \$  Peso (Kg.)  Estatura (cms)

Sistema de Salud Previsional: ☐ Fonasa ☐ Isapre. Identificar Isapre

### III. FORMA DE PAGO DE REEMBOLSO- (Sólo complementario de salud y dental (si corresponde))

☐ Cuenta Corriente      ☐ Cuenta Vista      ☐ Cuenta de Ahorro      ☐ Cheque

Nro. Cta. Bancaria  Banco

#### IV. ASEGURABLES DEPENDIENTES SEGURO DE SALUD, DENTAL Y AMPLIACIÓN (si corresponde)

[illegible]

## V. DECLARACIÓN DE SALUD, DEPORTES Y ACTIVIDADES OBLIGATORIA (Debe ser llenado por el asegurado titular)

- 1) ¿Ha sido usted o algunos de los asegurables adicionales propuestos, diagnosticado por un médico o ha estado en tratamiento u hospitalizado o tiene conocimiento de padecer o haber padecido alguna enfermedad, está embarazada, o actualmente se encuentra sometido a un estudio o diagnóstico por alguna de las siguientes enfermedades? ☐ SI ☐ NO

**1. Enfermedades de los órganos de los sentidos:** Miopía, astigmatismo, hipermetropía, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucoma, otitis sordera, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, otras.

**2. Enfermedades endocrinas y metabólicas:** Hipo e hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, diabetes, resistencia insulínica, tumor de la hipófisis o tiroides, otras.

**3. Enfermedades de la sangre:** Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, linfoma, leucemia, otras.

**4. Enfermedades del comportamiento, mentales o siquiátricas:** Trastornos del ánimo, depresión, intento de suicidio, neurosis, psicosis, esquizofrenia, otras.

**5. Enfermedades sistema nervioso central:** Tumores o quistes en el sistema. nervioso, hidrocefalia, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, parálisis, otras.

**6. Tumores y/o enfermedades oncológicas:** Cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización.

**7. Malformaciones y/o enfermedades congénitas:** Labio leporino, pie bot, displasia de cadera, cardiopatías congénitas, Síndrome de Down, otras.

**8. Enfermedades cardiovasculares y circulatorias:** Infarto del miocardio, hipertensión arterial, soplos, arritmias, aneurismas, várices, flebitis, otras.

**9. Enfermedades respiratorias:** Asma, enfisema, neumonía, tuberculosis, alergias, sinusitis, bronquitis crónica, etc.

**10. Enfermedades digestivas:** Úlceras, hemorroides, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, pancreatitis, cálculos biliares, hepatitis, cirrosis, otras.

**11. Enfermedades renales o genitourinarias:** Nefritis, cistitis, cálculo al riñón, hiperplasia, varicocele, otras.

**12. Enfermedades ginecológicas y de las mamas:** Miomas, endometriosis, endometritis, quiste ovárico, displasia mamaria, otras.

**13. Enfermedades reumatológicas u óseas:** Lumbago, lumbociática, gota, artritis, artrosis, reumatismo, fracturas, hernias, síndrome del túnel carpiano, otras.

**14. Enfermedades dermatológicas:** Hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, dermatitis acné severo, melanoma, rosácea, otras.

**15. Enfermedades infecciosas y/o Parasitarias:** Sífilis, gonorrea, rubéola, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, Hidatidosis, VIH positivo, SIDA, Malaria, Fiebre Amarilla, Dengue y otras.

**16. Enfermedades del embarazo, o puerperio:** Embarazo molar, preeclampsia o diabetes parto gestacional, aborto, asfixia neonatal, parto prematuro.

- 2) ¿Practica usted o algunos de los asegurables adicionales propuestos, alguno de los siguientes deportes o actividad riesgosa que se detallan a continuación? ☐ SI ☐ NO


### DEPORTES RIESGOSOS

- Alpinismo
- Deportista profesional
- Rally
- Motociclismo y afines
- Benji
- Inmersión submarina
- Buceo
- Deportes ecuestres
- Alas delta
- Automovilismo y afines
- Parapente
- Deportes de nieve
- Jeep funrace

### ACTIVIDADES RIESGOSAS

- Trabajos en altura o alta tensión
- Faenas forestales
- Transporte de valores
- Bombero
- Grupos de artistas y músicos
- Personal de líneas aéreas y marítimas
- Extracción o construcción bajo tierra y/o en o bajo el agua
- Explotación de gas y petróleo, producción y refinamiento
- Fabricación, almacenamiento o utilización de municiones, explosivos, fuegos artificiales, sustancias tóxicas
- Fuerzas armadas, de orden y seguridad, incluidos los guardias de seguridad

En caso de que usted o alguno de los asegurables adicionales propuestos padezca, haya padecido, le haya sido diagnosticada, o esté en conocimiento de haber padecido o padecer actualmente alguna enfermedad o situación antes mencionada u otras no indicadas, o desempeñe o practique algún deporte o actividad riesgosa deberá especificar a continuación en el siguiente cuadro especialmente destinado al efecto, los datos solicitados.

Nombre completo asegurado	Nombre de enfermedad, diagnóstico, actividad o deporte	Fecha de diagnóstico o conocimiento de la enfermedad (Indicar mes y año)	Frecuencia de la práctica deporte o actividad

3. ¿Usted ha sido declarado inválido por alguna Comisión Médica Central o Regional de la Superintendencia de Pensiones, por el COMPIN u otra institución que se encuentre habilitada para dictaminar una condición de invalidez, está pensionado por invalidez o se encuentra en trámite de invalidez ante algunas de las instituciones antes señaladas? ☐ SI ☐ NO

En caso de respuesta afirmativa, especificar en el siguiente cuadro:

Diagnóstico	Fecha Diagnostico – Declaración de Invalidez

--	--	--	--

## ACEPTACIÓN ESPECIAL

Declaro en mi nombre y en el de las personas incorporadas, que tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad y/o situación de salud preexistente, y/o deporte y/o actividad riesgosa, declarada precedentemente implica que los beneficios de este seguro no operarán si la causa del siniestro fuere producto de una o más de dichas declaraciones.

También acepto que en caso de no declarar en este formulario mis enfermedades o las situaciones de salud preexistentes, y/o deportes y/o actividades riesgosas, así como las de mi grupo familiar, la Compañía se reserva el derecho de cancelar la póliza, producto de dicha reticencia.

Estoy en conocimiento que el texto de la póliza contratada por mi empleador contiene detalle de las coberturas y sus condiciones, deducibles, exclusiones y limitaciones, adicionales a la que da cuenta este formulario y respecto de las cuales me he informado adecuadamente y declaro conocer expresamente. Este seguro complementario no sustituye la cobertura que otorga la Isapre o Fonasa y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.

Tomo conocimiento y acepto expresamente que, en caso de que el asegurado titular identificado en esta Solicitud de Incorporación hubiese informado que ha sido declarado inválido o está pensionado por invalidez o se encuentran en trámite de invalidez ante alguna de las instituciones mencionadas, será incorporado en la póliza de seguro de vida sólo a la cobertura de fallecimiento con un capital asegurado equivalente al menor valor entre el capital asegurado definido en las condiciones particulares de la póliza para dicha cobertura y el límite máximo de UF 1.000.

Fecha

Firma Asegurable Titular

## VI. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/Parentesco	Email	% de Beneficio	
Dirección Completa			
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código de país y ciudad)	

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/Parentesco	Email	% de Beneficio	
Dirección Completa			
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código de país y ciudad)	

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/Parentesco	Email	% de Beneficio	
Dirección Completa			
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código de país y ciudad)	

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/Parentesco	Email	% de Beneficio	
Dirección Completa			
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código de país y ciudad)	

## VII. AUTORIZACIONES / MANDATO

Autorizo a Help Seguros de Vida S.A. para requerir antecedentes adicionales sobre mi estado de salud y autorizo a instituciones hospitalarias, laboratorios, médicos y demás personas que me hayan asistido o examinado, a proporcionar a solicitud de la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que tenga o hayan conocido con motivo de haberme prestado atención o servicios de salud, con el objeto que la Compañía pueda evaluar esta solicitud de seguro o la procedencia del pago de un siniestro, y en cualquier momento que lo considere necesario. Para tal efecto, relevo a las personas mencionadas del secreto profesional, aceptando que proporcionen la información que se les solicite.

Asimismo, conforme a lo señalado en la Ley N° 19628 sobre Protección de la Vida Privada y en el Art. 61 del DFL 251 de 1931 referido a compañías de seguros, por este acto faculto expresamente a la Compañía o a quien sus derechos representen, para hacer uso de mis datos de carácter personal y/o solicitar antecedentes a autoridades administrativas.

Esta autorización faculta a la Compañía para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. De la misma forma, consiento expresamente para que la Compañía tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud, según lo expresa el Art. 127 del Código Sanitario, modificado por la ley ya citada. Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la Compañía en el análisis del otorgamiento de seguros, modificaciones de coberturas, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general, todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la Compañía, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros con estos mismos fines.

Otorgo autorización y mandato a la Compañía para que pague directamente al prestador de salud, y para que éste envíe directamente a la Compañía la información sobre mi salud que sea requerida para efectuar la liquidación y pago de las facturas en su caso.

Mediante la presente propuesta solicito ser incorporado a la póliza colectiva cuyos términos y condiciones declaro conocer previo a mi firma. Confirmando la exactitud y veracidad de la información contenida en este documento. Declaro expresamente estar en conocimiento que la presentación de esta solicitud no otorga cobertura sino hasta haber sido evaluada y aceptada expresamente por la Compañía.

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurable Titular

## VIII. INFORMACIÓN IMPORTANTE SEGURO DE SALUD

### 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:

**NO** contempla renovación garantizada

**SI** podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza

**NO** considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.

**NO** cubre preexistencias

5. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL 3 2020 0201 y CAD 3 2020 0205 en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en [www.cmfchile.cl](http://www.cmfchile.cl).

## IX. AUTORIZACIÓN DE INCORPORACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal del Contratante

## X. APROBACIÓN HELP SEGUROS DE VIDA S.A.

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma representante legal de la compañía

Help Seguros de Vida S.A. se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo propuesto o bien establecer limitaciones

especiales a la cobertura, por tanto, la vigencia de la cobertura individual de este seguro comenzará a regir una vez que la Compañía haya aceptado el riesgo propuesto.