



Identificación

Antecedentes del Contratante	
RUT: 85896100-9	SERVICIOS EQUIFAX CHILE LTDA.
Antecedentes del Asegurado	
RUT: 16885846-9	FERNANDO ANDRES GARRIDO RUIZ-TAGLE
Renta:	\$ 1431594
Datos Contacto	Teléfonos:
	/ Cel: 83400355
	Email: fernando.garrido@equifax.com

Antecedentes de la Solicitud	
Fecha: 11-03-2019	Plan: Plan Seguro Salud + Vida + Catastrofico
Seguro(s) Contratado(s)	
Póliza: 1918515	Seguro de Salud
Póliza: 1918531	Seguro de Vida
Póliza: 1918523	Seguro de Catastrofico
Vía Pago Reembolsos de Salud:	
Depósito Bancario, Cuenta Corriente 29804787 BANCO BCI - TBANC	

Grupo Familiar Asegurado

Asegurado Titular No Registra Cargas

Declaración de Salud

Usted y/o su grupo familiar se están incorporando a un seguro colectivo de salud y/o vida, dado lo cual es necesario que informe todos los antecedentes médicos que permitan a Chilena Consolidada evaluar las condiciones de aseguramiento. Señale toda enfermedad diagnosticada a la fecha, que se encuentre en proceso de diagnóstico o sintomatología que padezca respecto de la cual tenga postergado su estudio y/o tratamiento.

¿Usted o alguien de su grupo familiar padece o ha padecido alguna enfermedad, situación o condiciones de salud o actualmente se encuentra sometido a un diagnóstico en estudio para alguna patología representada en el siguiente recuadro?

1. Tumores y Cáncer	6. Digestivas	11. Dermatológicas	16. De Oídos, Nariz, Garganta
2. Cardíacas, Vasculares, Circulatorias	7. Renales, Urinarias, Genitales	12. Osteoarticulares, Musculares	17. Neurológicas, Psiquiátricas
3. Respiratorias	8. Reumatológicas	13. Infecciosas Virales	18. Nutrición
4. Sanguíneas, Ganglios	9. Endocrinológicas	14. Bacterianas, Parasitarias	19. Obesidad
5. Linfáticas	10. Metabolismo	15. Oftalmológicas	20. Embarazo
21. Otras patologías o diagnósticos no asociados ni relacionados con las anteriores.			

Nombre	Parentesco	Enfermedad y/o Sintomatología	Enfermedad	Fecha Diagnóstico	Estado Actual
FERNANDO ANDRES GARRIDO RUIZ-TAGLE	Titular	No	No	No	No

8608bdeef0f159d230b0978d6d2e48 Firmado por: 16885846-9 (11-03-2019 9:51:19)

Solicitud de Incorporación Seguro Colectivo



Fecha Impresión 11-03-2019

• En caso de no haber declarado ningún antecedente de salud, declaro en mi nombre y en el de las personas que se incorporan a esta solicitud que ni yo ni mis dependientes padecemos ninguna enfermedad que haya sido diagnosticada, o se encuentre en proceso de diagnóstico ni que cursamos ningún proceso de sintomatología respecto de la que hayamos pospuesto su estudio o tratamiento. Tomo conocimiento además que de comprobarse una omisión, Chilena Consolidada podría tomar la decisión de rechazar los gastos y/o excluirme de la póliza.

• Al declarar alguna preexistencia respecto de mi o mi grupo familiar declaro que:
Tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad y/o situación de salud preexistente declarada por mí en esta solicitud, implica que los beneficios de este seguro quedan excluidos si la causa del siniestro fuere producto de una de ellas.

• Confirmando la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o alterado, doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de Chilena Consolidada y que una declaración falsa o reticencia de mi parte, libera a Chilena Consolidada del pago del seguro. Además, autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que me hubiese reconocido o asistido en mis dolencias a entregar a Chilena Consolidada todos los datos o antecedentes clínicos que pudiera tener o haber tornado conocimiento prestarme sus servicios.

• Autorizo a cualquier institución o persona que mantenga registro de salud míos, para que pueda entregar la información solicitada por Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A.. A su vez falcuto a ésta última para que solicite o retire copias de tales antecedentes. De acuerdo a la Ley N° 19.628, por este acto falcuto expresamente a Chilena Consolidada a la que estoy solicitando el(los) presente(s) seguro(s), o quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Declaro haber sido informado que estos datos son para el uso exclusivo de la compañía aseguradora en general todo lo que diga relación con los contratos que celebre con la aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, para estos mismos fines.

• Esta declaración no otorga cobertura hasta haber sido evaluada y aceptada por Chilena Consolidada. La vigencia de cobertura para el asegurado, comenzaría una vez que Chilena Consolidada acepte el riesgo propuesto y proceda a emitir el certificado de la cobertura correspondiente.

• Esta declaración personal de salud tiene una validez de 30 días desde su fecha de emisión.

Designación de Beneficiario Seguro de Vida

En caso de fallecimiento del Asegurado Titular se distribuirá el capital inicial contratado entre sus beneficiarios según los porcentajes indicados.

Beneficiario(s) Principal

Tipo Beneficiario	Nombre	RUT/DNI	Parentesco	Fecha Nac.	Beneficio	Email
Beneficiario	JOSEFINA PONTIGO MUÑOZ	15872967-9	Conyuge	11-03-1985	100 %	josefina.pontigo.m@gmail.com

Esta Designación recepcionada por Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. reemplaza cualquier otra anterior. **Con derecho a acrecer.**

8608bdefe0f159d230b0978d6d2e48 Firmado por: 16885846-9 (11-03-2019 9:51:19)

Solicitud de Incorporación Seguro Colectivo



Fecha Impresión 11-03-2019

Tomo conocimiento que he manifestado la intención de ingresar al Seguro Colectivo de salud y/o vida mediante la presente incorporación online, además, manifiesto que he revisado y validado esta solicitud, la que quedará sujeta a evaluación por parte de Chilena Consolidada.

La liquidación de cada siniestro la practicará de manera directa Chilena Consolidada, lo que representa una condición esencial para la contratación de este seguro. De esta forma además, Chilena Consolidada da por cumplida la obligación de informar al asegurado la decisión respecto de la liquidación, según lo señalado en el DS N° 1.055 de 2012 del Ministerio de Hacienda, sobre Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros, en cuanto al proceso de liquidación, conforme a la presente póliza. El contratante declara en éste acto aceptar la forma de liquidación señalada.

Tipo Documento: Solicitud de Incorporación Seguro Colectivo
Modalidad : Correo Electrónico
Asegurado: FERNANDO ANDRES GARRIDO RUIZ-TAGLE 16885846-9
Email: fernando.garrido@equifax.com
Fecha Firma: 11-03-2019 9:51:19
Firma: **8608ebdefee0f159d230b0978d6d2e48**



8608ebdefee0f159d230b0978d6d2e48 Firmado por: 16885846-9 (11-03-2019 9:51:19)