

SOLICITUD DE INCORPORACION SEGUROS DE VIDA Y DE SALUD COLECTIVOS



Folio:

I- TIPO DE INCORPARACION (Marque con una X)

1. Enrolamiento del Asegurado	<input type="checkbox"/>	2. Incorporación de carga	<input type="checkbox"/>
-------------------------------	--------------------------	---------------------------	--------------------------

II. COBERTURAS (Marque con una X)

1. Vida	<input type="checkbox"/>	2. Salud	<input type="checkbox"/>	3. Vida + Salud	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------------	--------------------------

III- DATOS DE LA POLIZA

Nº Póliza	Nombre de Grupo	RUT Contratante	Razón Social

IV- DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

RUT	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
Renta \$	Fecha Nacimiento	Estado Civil	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Fecha Inicio Vigencia	Fecha Contrato Trabajo	Email	

V- DATOS DE CARGAS DE SALUD (Solo si la póliza tiene Seguro Complementario de Salud)

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres	RUT	Fecha Nac.	Estatura	Peso	Relación

VI- DECLARACION DE SALUD

1.- Usted o alguien del grupo familiar, padece, ha padecido o esta en estudio de Vértigos, epilepsia, párkinson, esclerosis múltiple, neuropatías, parálisis, accidente vascular isquémicos o hemorrágicos, derrame cerebral, aneurismas, encefalitis, enfermedad del sistema nervioso. Trastornos del ánimo, depresión, esquizofrenia, neurosis, psicosis. Asma, enfisema, neumonía, neurotórax, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibrosis quística, pleuresía, tuberculosis, tos persistente, o cualquier enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio. Hipertensión arterial, angina o dolor al pecho, infarto cardíaco, by-pass o angioplastia coronaria, soplo cardíaco, accidentes cerebrovasculares, aneurismas, enfermedad reumática, arritmias, marcapaso. Várices o tromboflebitis, claudicación intermitente. Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, hemorragias persistente, leucemia, aplasia medular, enfermedad del brazo o médula ósea. Ictericia, hepatitis B o C, cirrosis, elevación de enzimas hepáticas, hemorragia digestiva, úlcera, diarrea prolongada (mas de 1 mes), colitis ulcerosa, diverticulitis, hernia, varices esofágicas, esófago de barret, enfermedad de Chron, enfermedad del esófago, estómago, intestino, hígado, vesícula, páncreas. Infecciones urinarias, pielonefritis, nefritis, cálculos renales, nefrectomía, riñones poliquísticos, insuficiencia renal, malformación de los riñones y/o de las vías urinarias, enfermedad del riñón, vejiga, testículos o próstata. Enfermedad de los órganos de la reproducción o mamas, miomas uterino, quistes ováricos benignos, displasia mamaría, endometriosis, anexitis o enfermedades de transmisión sexual (venéreas), infección por virus HIV o Sida. Enfermedades de la piel, lesiones ulceradas, eritema nodoso, psoriasis, púrpura lupus, melanoma, lunar de crecimiento rápido, pruriginosos o infectado, secuelas de quemaduras, acne severo, rosácea. Enfermedad infectocontagiosa en edad adulta (sarampión, varicela, rubéola, paperas), fiebre tifoidea, meningitis. Artritis, gota, ciática, reumatismo, enfermedad de huesos, músculos y/o articulaciones. Diabetes, intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, síndrome metabólico, obesidad, anorexia, bulimia, colesterol alto, enfermedades de la tiroides, hipotiroidismo, hipertiroidismo, bocio o enfermedades metabólicas. Cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos, enfermedad de los ganglios linfáticos. Miopía, astigmatismo, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucomas, retinopatía, sordera. Malformaciones congénitas, trasplante de algún órgano.

Favor indicar, de lo contrario escriba en cuadro adjunto "Ninguna enfermedad o diagnóstico que declara."

Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombres	Enfermedad	Fecha Diagnóstico
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /
				/ /

Fecha _____ / _____ / _____

Firma Asegurable Titular _____

Fecha _____ / _____ / _____

Autorización Contratante _____

DECLARACION ESPECIAL

En caso de ingresar información en el punto VI anterior.

Declaro en mi nombre y en el de las personas incorporadas que estoy en conocimiento acepto y entiendo que la Compañía aseguradora no es ni será nunca responsable del pago del beneficio cuando el siniestro sea consecuencia directa o indirecta de una enfermedad preexistente a la fecha, si ésta es una de las expresamente señaladas y declaradas por mi en el cuadro signado con el número VI precedente.

Certifico que los datos declarados en el presente documento son exactos y fidedignos y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía y que una omisión o declaración falsa, errónea o reticencia de mi parte implica la nulidad de la cobertura de este seguro, es decir, la Compañía de Seguros no estará obligada a pagar la indemnización. Autorizo a Seguros de Vida SURA S.A. Para que en caso de siniestro requiera de información de cualquier persona que en el pasado me haya asistido o atendido por causa de alguna dolencia.

Libero a los médicos, clínicas y hospitales de cualquier obligación de reserva sobre antecedentes de mi salud.

Autorizo a Seguros de Vida SURA S.A. a informar, al contratante de la póliza colectiva, mis antecedentes médicos que fundamenten el rechazo, Sobretarifación u otra decisión de la Compañía respecto de la cobertura solicitada.

Fecha _____ / _____ / _____

Firma Asegurable Titular _____

VII. DATOS CUENTA BANCARIA ASEGURADO (Completar solo en caso de Cobertura de Salud)

Banco	Tipo de Cuenta <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Vista	Número de Cuenta Bancaria												

Recepción (Uso Exclusivo de Seguros de Vida SURA S.A.)	
Timbre	Uso Exclusivo Producción Seguros Colectivos

VIII. EVALUACIÓN MÉDICA

Evaluador	Dictamen	Observaciones
Fecha / /		