



IMPORTANTE: Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el Contratante, directamente con Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A.

I. ANTECEDENTES DEL CONTRATANTE (a completar por este último)			
Contratante:	RUT Contratante:	Póliza/Grupo:	Fecha inicio vigencia:
Coberturas incluidas en la póliza:		Coberturas voluntarias de la póliza:	
<input type="checkbox"/> Complementario de Salud	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Complementario de Salud	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida
<input type="checkbox"/> Complementario Ampliado	<input type="checkbox"/> Catastrófico	<input type="checkbox"/> Complementario Ampliado	<input type="checkbox"/> Catastrófico
Tipo movimiento:			Capital: <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Rentas
<input type="checkbox"/> Nuevo asegurable	<input type="checkbox"/> Nueva carga	<input type="checkbox"/> Otro:	Monto: _____
Declaración contratante:			Firma y timbre contratante:
El Contratante certifica que el Asegurable titular es empleado del Contratante y que ha sido debidamente informado de las Condiciones Generales, de las Condiciones Particulares y de las Cláusulas Adicionales que componen la póliza a la que se incorpora. Asimismo certifica que el Asegurable titular se encuentra en conocimiento de su derecho a obtener una copia de la póliza.			

II. ANTECEDENTES DEL ASEGURABLE TITULAR						
RUT asegurable	Nombre completo	Fecha nacimiento	Sexo	Parentesco	Peso (kg)	Estatura (cm)
				Titular		

III. ASEGURABLES ADICIONALES PARA EL SEGURO DE SALUD (Cargas)						
RUT asegurable	Nombre completo	Fecha nacimiento	Sexo	Parentesco	Peso (kg)	Estatura (cm)

IV. BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA				
RUT beneficiario	Nombre completo	Sexo	Parentesco	% Beneficio

V. OTROS ANTECEDENTES DEL TITULAR		
Dirección:	Teléfono móvil:	
Email:	Ocupación o actividad:	
Fecha ingreso empresa:	Isapre - Fonasa:	Estado civil:
Forma de reembolso: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Depósito	N° de cuenta:	
Banco:	Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Vista / Ahorro	

VI. DECLARACIÓN DE SALUD Y ACTIVIDADES	
<p>a) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> :¿Ha sido usted o algunos de los personas propuestas como Asegurables, diagnosticado por un médico, o se encuentra en estudio, o control por alguna situación médica, ha estado en tratamiento u hospitalizado o tiene conocimiento de padecer o haber padecido de Hipertensión Arterial, Enfermedad Coronaria, Miocardiopatía, Insuficiencia Cardíaca, Arritmia Cardíaca, Valvulopatía Cardíaca, Aneurisma, Hipertensión Pulmonar, Insuficiencia Venosa (varices), Enfermedad obstructiva de arterias periféricas, Estenosis u Oclusión de las Arterias Coronarias, Enfermedad Bronquial Obstructiva Crónica, Asma, Fibrosis Pulmonar, Tuberculosis, Bronquiectasia, Cáncer, Tumor, Leucemia, Linfoma, Diabetes, Insuficiencia Renal Crónica, Nefropatía Hipertensiva, Glomerulopatías, Cirrosis Hepática, Daño Hepático Crónico, Hepatitis Crónica, Pancreatitis Crónica, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Síndrome Ulceroso Gastroduodenal, Pólipos Intestinales, Accidente Vascular Encefálico, Hemiplejía, Hemiparesia, Parálisis Permanente, Epilepsia, Parkinson, TEC Secuelado, Neuropatía Periférica, Bocio, Tumor Cerebral, Adenoma Prostático, Histiositosis, Hemofilia, Anemia Severa, Alzheimer, Demencia, Encefalopatía, Crónica, Secuela Traumática a la Columna, Discopatía de Columna, Hernia de Columna, Estenorraquis, Espondiloartrosis, Artritis, Lupus Eritematoso, Esclerosis Múltiple, Artrosis, Tendinopatía, Fibromialgia, Distrofia Muscular, Cataratas, Glaucoma, Retinopatía, Maculopatía, Alta Miopía, Hipoacusia, Neurocirugía previa, Injerto Aórtico, Revascularización Coronaria, Cirugía de las Válvulas Cardíacas, Trasplante de Órganos Mayores, Angioplastia de Balón, Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA-VIH), patologías del ámbito endocrino nutricional metabólico tales como obesidad, sobrepeso, desnutrición, bulimia, anorexia, trastornos siquiátricos tales como depresión, ansiedad, pánico, psicosis, esquizofrenia, déficit mental? Para Asegurables del sexo femenino: Ha sido usted o algunos de los personas propuestas como Asegurables, diagnosticado por un médico, o se encuentra en estudio, o control por alguna situación médica, ha estado en tratamiento u hospitalizado o tiene conocimiento de padecer o haber padecido de enfermedades del útero, ovarios, mamas, trompas o genitales, miomas, endometriosis, abortos voluntarios o involuntarios, tratamientos de fertilidad e infertilidad, embarazo actual?</p> <p>En caso que usted o alguno de los Asegurables de su grupo familiar padezca, haya padecido, o le haya sido diagnosticada algunas de las enfermedades antes enunciadas u otras dolencia o diagnóstico no indicado o se encuentre en estudio, control o tratamiento, deberá declarar y detallar a continuación:</p>	
Nombre del asegurable	Diagnóstico, tratamientos, padecimiento, situación médica, fecha inicio y de alta, condición actual

b) SI NO :¿Realiza usted o alguien de su grupo familiar alguna de las siguientes actividades, deportes o hobby tales como, piloto o tripulante de avión civil o comercial, trabajos en altura, actividades asociadas a explosivos, alto voltaje o sustancias tóxicas, trabajos con sierras, soldaduras, maquinaria pesada, conducción de buses, taxis o ambulancias, actividades de bombero, guardia de seguridad, equipo de rescate, buzo, montañista, participación en carreras de auto, moto o lancha, parapente, paracaidismos, alas delta, benjie, rodeo, jinete u otra actividad o deporte riesgosos no mencionada anteriormente? Si la respuesta es **SI**, detalle a continuación el tipo de actividad riesgos que realiza:

Confirmando la exactitud de las declaraciones y respuestas expresadas en la letra a) y letra b), que he hecho por mí y las personas individualizadas en esta solicitud, que nada he ocultado, omitido o alterado y estoy informado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o reticencia de mi parte determinantes del riesgo asegurado, faculta a la Compañía para rescindir o poner término anticipado al contrato y/o sus coberturas, y la libera del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en el Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza.

Fecha

DÍA	MES	AÑO

Firma del Asegurable Titular _____

VII. CONSENTIMIENTO DEL ASEGURABLE

VII.1 AUTORIZACIÓN ESPECIAL: Tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad, dolencia, y en general cualquier situación médica preexistente declarada en el punto VI, implica que respecto de ella(s) los beneficios de este seguro no operan si la causa de siniestros fuere producto de una de las enfermedades, dolencias, y en general cualquier situación médica preexistentes señaladas por mí en este formulario. También acepto que en caso de no declarar, en este formulario, mis enfermedades, dolencias, y en general cualquier situación médica preexistentes, así como las de mi grupo familiar, significará que la cobertura del seguro no operará si la causa del siniestro fuere producto de una de las enfermedades, dolencias, y en general cualquier situación médica comprendidas en el punto IV de este formulario.

VII.2 AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Por este acto, y según lo dispuesto en la ley No19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones o las leyes que en el futuro pudieran reemplazarla, doy mi consentimiento y autorización expresa para que Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. y sus representantes, sucesores o cesionarios puedan proceder al tratamiento, la transmisión o transferencia de todos o parte de los datos personales e información que declaro haber entregado voluntariamente a su disposición, a cualesquiera terceros prestadores de servicios que estuvieran ubicados dentro o fuera de Chile, para efectos de poder liquidar un siniestro y hacer efectivo el(los) beneficio(s) que pueden estar asociados al seguro contratado, así como para efecto de almacenamiento de la información. Asimismo, por medio del presente instrumento, autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A. para solicitar cualquier médico o institución de salud que me haya examinado, o tenga registros personales o de salud míos o de cualquiera de mis beneficiarios, información respecto de mi historia médica y condición de salud, todo con el objeto de poder hacer efectivas las coberturas de que trata el presente seguro. Adicionalmente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga registros personales o de salud míos o de cualquiera de mis beneficiarios, para que pueda dar, entregar o proporcionar cualquier información solicitada por Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A.

VII.3 AUTORIZACIÓN DE INCORPORACIÓN A LA PÓLIZA: Por este instrumento autorizo mi incorporación como Asegurado al Seguro Colectivo de Vida y/o Salud contratado por el Tomador y/o Contratante antes individualizado con Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. Además autorizo el envío de información respecto de las coberturas y exclusiones de la póliza colectiva y de cualquier otra comunicación o documento o antecedente, incluido el envío del certificado de incorporación a la póliza, al correo electrónico indicado en el punto I. de esta solicitud o en otro documento posterior que reemplace dicha información.

Firmo en señal que he tomado conocimiento y acepto la Declaración Especial del numeral VII.1 y de que otorgo a Colmena Seguros de Vida S.A. la autorización para Tratamiento de Datos Personales y para la Incorporación a la Póliza en los términos señalados en los numerales VII.2 y VII.3

Fecha

DÍA	MES	AÑO

Firma del Asegurable Titular _____

VIII. VIGENCIAS

Esta solicitud no otorga cobertura inmediata y no conlleva la inmediata aceptación de Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. La vigencia de este seguro comienza sólo cuando la compañía evalúe y autorice su incorporación a la Póliza Colectiva. Asimismo, entiendo y acepto que este documento no corresponde a un Certificado de Cobertura.

IX. EXCLUSIONES

Se aplicarán a este seguro las exclusiones contempladas en las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales incorporadas al depósito de pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros según corresponda a la cobertura contratada, las que el Asegurable declara haber tenido a la vista previo a la contratación del presente seguro.

X. PRIMA Y DEDUCIBLES

Se aplicarán a este seguro las primas y deducibles establecidos en las Condiciones Particulares, que el Asegurado declara haber tenido a la vista para la contratación del presente seguro.

IMPORTANTE

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

1. *Este es un seguro de suscripción voluntaria, 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, que tenga claridad sobre los siguientes aspectos:*
 - *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:*
 - ***NO** contempla renovación garantizada, dado que anualmente el seguro se pacta entre su empleador y la aseguradora.*
 - ***SÍ** podrá aumentar la prima (precio), variar el deducible y/o las coberturas en caso de renovación de la póliza.*
 - ***NO** considera su siniestralidad individual para el aumento de la prima en el caso de renovación.*
 - ***NO** cubre preexistencias.*
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*

IMPORTANTE: Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el Contratante, directamente con Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A.

I. ANTECEDENTES DEL CONTRATANTE (a completar por este último)			
Contratante:	RUT Contratante:	Póliza/Grupo:	Fecha inicio vigencia:
Coberturas incluidas en la póliza:		Coberturas voluntarias de la póliza:	
<input type="checkbox"/> Complementario de Salud	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Complementario de Salud	<input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vida
<input type="checkbox"/> Complementario Ampliado	<input type="checkbox"/> Catastrófico	<input type="checkbox"/> Complementario Ampliado	<input type="checkbox"/> Catastrófico
Tipo movimiento:			Capital: <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Rentas
<input type="checkbox"/> Nuevo asegurable	<input type="checkbox"/> Nueva carga	<input type="checkbox"/> Otro:	Monto: _____
Declaración contratante:			Firma y timbre contratante:
El Contratante certifica que el Asegurable titular es empleado del Contratante y que ha sido debidamente informado de las Condiciones Generales, de las Condiciones Particulares y de las Cláusulas Adicionales que componen la póliza a la que se incorpora. Asimismo certifica que el Asegurable titular se encuentra en conocimiento de su derecho a obtener una copia de la póliza.			

II. ANTECEDENTES DEL ASEGURABLE TITULAR						
RUT asegurable	Nombre completo	Fecha nacimiento	Sexo	Parentesco	Peso (kg)	Estatura (cm)
				Titular		

III. ASEGURABLES ADICIONALES PARA EL SEGURO DE SALUD (Cargas)						
RUT asegurable	Nombre completo	Fecha nacimiento	Sexo	Parentesco	Peso (kg)	Estatura (cm)

IV. BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA				
RUT beneficiario	Nombre completo	Sexo	Parentesco	% Beneficio

V. OTROS ANTECEDENTES DEL TITULAR		
Dirección:	Teléfono móvil:	
Email:	Ocupación o actividad:	
Fecha ingreso empresa:	Isapre - Fonasa:	Estado civil:
Forma de reembolso: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Depósito	N° de cuenta:	
Banco:	Tipo de cuenta: <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Vista / Ahorro	

VI. DECLARACIÓN DE SALUD Y ACTIVIDADES	
<p>a) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> :¿Ha sido usted o algunos de los personas propuestas como Asegurables, diagnosticado por un médico, o se encuentra en estudio, o control por alguna situación médica, ha estado en tratamiento u hospitalizado o tiene conocimiento de padecer o haber padecido de Hipertensión Arterial, Enfermedad Coronaria, Miocardiopatía, Insuficiencia Cardíaca, Arritmia Cardíaca, Valvulopatía Cardíaca, Aneurisma, Hipertensión Pulmonar, Insuficiencia Venosa (varices), Enfermedad obstructiva de arterias periféricas, Estenosis u Oclusión de las Arterias Coronarias, Enfermedad Bronquial Obstructiva Crónica, Asma, Fibrosis Pulmonar, Tuberculosis, Bronquiectasia, Cáncer, Tumor, Leucemia, Linfoma, Diabetes, Insuficiencia Renal Crónica, Nefropatía Hipertensiva, Glomerulopatías, Cirrosis Hepática, Daño Hepático Crónico, Hepatitis Crónica, Pancreatitis Crónica, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Síndrome Ulceroso Gastroduodenal, Pólipos Intestinales, Accidente Vascular Encefálico, Hemiplejía, Hemiparesia, Parálisis Permanente, Epilepsia, Parkinson, TEC Secuelado, Neuropatía Periférica, Bocio, Tumor Cerebral, Adenoma Prostático, Histiositosis, Hemofilia, Anemia Severa, Alzheimer, Demencia, Encefalopatía, Crónica, Secuela Traumática a la Columna, Discopatía de Columna, Hernia de Columna, Estenorraquis, Espondiloartrosis, Artritis, Lupus Eritematoso, Esclerosis Múltiple, Artrosis, Tendinopatía, Fibromialgia, Distrofia Muscular, Cataratas, Glaucoma, Retinopatía, Maculopatía, Alta Miopía, Hipoacusia, Neurocirugía previa, Injerto Aórtico, Revascularización Coronaria, Cirugía de las Válvulas Cardíacas, Trasplante de Órganos Mayores, Angioplastia de Balón, Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida (SIDA-VIH), patologías del ámbito endocrino nutricional metabólico tales como obesidad, sobrepeso, desnutrición, bulimia, anorexia, trastornos siquiátricos tales como depresión, ansiedad, pánico, psicosis, esquizofrenia, déficit mental? Para Asegurables del sexo femenino: Ha sido usted o algunos de los personas propuestas como Asegurables, diagnosticado por un médico, o se encuentra en estudio, o control por alguna situación médica, ha estado en tratamiento u hospitalizado o tiene conocimiento de padecer o haber padecido de enfermedades del útero, ovarios, mamas, trompas o genitales, miomas, endometriosis, abortos voluntarios o involuntarios, tratamientos de fertilidad e infertilidad, embarazo actual?</p> <p>En caso que usted o alguno de los Asegurables de su grupo familiar padezca, haya padecido, o le haya sido diagnosticada algunas de las enfermedades antes enunciadas u otras dolencia o diagnóstico no indicado o se encuentre en estudio, control o tratamiento, deberá declarar y detallar a continuación:</p>	
Nombre del asegurable	Diagnóstico, tratamientos, padecimiento, situación médica, fecha inicio y de alta, condición actual

b) SI NO :¿Realiza usted o alguien de su grupo familiar alguna de las siguientes actividades, deportes o hobby tales como, piloto o tripulante de avión civil o comercial, trabajos en altura, actividades asociadas a explosivos, alto voltaje o sustancias tóxicas, trabajos con sierras, soldaduras, maquinaria pesada, conducción de buses, taxis o ambulancias, actividades de bombero, guardia de seguridad, equipo de rescate, buzo, montañista, participación en carreras de auto, moto o lancha, parapente, paracaidismos, alas delta, benjie, rodeo, jinete u otra actividad o deporte riesgosos no mencionada anteriormente? Si la respuesta es **SI**, detalle a continuación el tipo de actividad riesgos que realiza:

Confirmando la exactitud de las declaraciones y respuestas expresadas en la letra a) y letra b), que he hecho por mí y las personas individualizadas en esta solicitud, que nada he ocultado, omitido o alterado y estoy informado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o reticencia de mi parte determinantes del riesgo asegurado, faculta a la Compañía para rescindir o poner término anticipado al contrato y/o sus coberturas, y la libera del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en el Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza.

Fecha

DÍA	MES	AÑO

Firma del Asegurable Titular _____

VII. CONSENTIMIENTO DEL ASEGURABLE

VII.1 AUTORIZACIÓN ESPECIAL: Tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad, dolencia, y en general cualquier situación médica preexistente declarada en el punto VI, implica que respecto de ella(s) los beneficios de este seguro no operan si la causa de siniestros fuere producto de una de las enfermedades, dolencias, y en general cualquier situación médica preexistentes señaladas por mí en este formulario. También acepto que en caso de no declarar, en este formulario, mis enfermedades, dolencias, y en general cualquier situación médica preexistentes, así como las de mi grupo familiar, significará que la cobertura del seguro no operará si la causa del siniestro fuere producto de una de las enfermedades, dolencias, y en general cualquier situación médica comprendidas en el punto IV de este formulario.

VII.2 AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: Por este acto, y según lo dispuesto en la ley No19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones o las leyes que en el futuro pudieran reemplazarla, doy mi consentimiento y autorización expresa para que Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. y sus representantes, sucesores o cesionarios puedan proceder al tratamiento, la transmisión o transferencia de todos o parte de los datos personales e información que declaro haber entregado voluntariamente a su disposición, a cualesquiera terceros prestadores de servicios que estuvieran ubicados dentro o fuera de Chile, para efectos de poder liquidar un siniestro y hacer efectivo el(los) beneficio(s) que pueden estar asociados al seguro contratado, así como para efecto de almacenamiento de la información. Asimismo, por medio del presente instrumento, autorizo a Colmena Seguros de Vida S.A. para solicitar cualquier médico o institución de salud que me haya examinado, o tenga registros personales o de salud míos o de cualquiera de mis beneficiarios, información respecto de mi historia médica y condición de salud, todo con el objeto de poder hacer efectivas las coberturas de que trata el presente seguro. Adicionalmente autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, compañía de seguros u otra institución o persona que tenga registros personales o de salud míos o de cualquiera de mis beneficiarios, para que pueda dar, entregar o proporcionar cualquier información solicitada por Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A.

VII.3 AUTORIZACIÓN DE INCORPORACIÓN A LA PÓLIZA: Por este instrumento autorizo mi incorporación como Asegurado al Seguro Colectivo de Vida y/o Salud contratado por el Tomador y/o Contratante antes individualizado con Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. Además autorizo el envío de información respecto de las coberturas y exclusiones de la póliza colectiva y de cualquier otra comunicación o documento o antecedente, incluido el envío del certificado de incorporación a la póliza, al correo electrónico indicado en el punto I. de esta solicitud o en otro documento posterior que reemplace dicha información.

Firmo en señal que he tomado conocimiento y acepto la Declaración Especial del numeral VII.1 y de que otorgo a Colmena Seguros de Vida S.A. la autorización para Tratamiento de Datos Personales y para la Incorporación a la Póliza en los términos señalados en los numerales VII.2 y VII.3

Fecha

DÍA	MES	AÑO

Firma del Asegurable Titular _____

VIII. VIGENCIAS

Esta solicitud no otorga cobertura inmediata y no conlleva la inmediata aceptación de Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. La vigencia de este seguro comienza sólo cuando la compañía evalúe y autorice su incorporación a la Póliza Colectiva. Asimismo, entiendo y acepto que este documento no corresponde a un Certificado de Cobertura.

IX. EXCLUSIONES

Se aplicarán a este seguro las exclusiones contempladas en las Condiciones Generales y Cláusulas Adicionales incorporadas al depósito de pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros según corresponda a la cobertura contratada, las que el Asegurable declara haber tenido a la vista previo a la contratación del presente seguro.

X. PRIMA Y DEDUCIBLES

Se aplicarán a este seguro las primas y deducibles establecidos en las Condiciones Particulares, que el Asegurado declara haber tenido a la vista para la contratación del presente seguro.

IMPORTANTE

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

1. *Este es un seguro de suscripción voluntaria, 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, que tenga claridad sobre los siguientes aspectos:*
 - *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:*
 - ***NO** contempla renovación garantizada, dado que anualmente el seguro se pacta entre su empleador y la aseguradora.*
 - ***SÍ** podrá aumentar la prima (precio), variar el deducible y/o las coberturas en caso de renovación de la póliza.*
 - ***NO** considera su siniestralidad individual para el aumento de la prima en el caso de renovación.*
 - ***NO** cubre preexistencias.*
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*