

1. Identificación del contratante

Nombre empresa: _____

RUT: _____ Póliza: _____

Rol/Plan: _____ Mail contacto: _____

2. Identificación del asegurado titular

Nombre completo: _____

Cedula de identidad: _____ Fecha nacimiento: _____ / _____ / _____

Estado civil: soltero casado viudo divorciado Sexo: femenino masculino

Peso: _____ kg. Estatura: _____ m.

Actividad: _____ Fecha contrato: _____ / _____ / _____

3. Forma de envío de las comunicaciones

Domicilio laboral (a través del empleador) Email: _____

Al incluir email se autoriza a la compañía a enviar cualquier comunicación referida al seguro contratado, a dicha casilla de correo.

4. Coberturas contratadas

Vida Salud Dental Catastrófico Oncológico Gastos funerarios

5. Seguro de vida (indicar una o la otra según corresponda)

Capital asegurado Renta \$ _____

6. Designación de beneficiarios.

Señale las personas que recibirán el capital contratado por el seguro de vida ante su fallecimiento. Al designar más de un beneficiario debe indicar el % de cada uno. En caso contrario se entenderá en partes iguales.

Cédula identidad	Nombre completo	Correo electrónico	%(*)

(*) Debe sumar 100%.

7. Antecedentes del grupo familiar que desea incorporar a esta cobertura.

Podrán ser asegurados dependientes aquellos pertenecientes a su grupo familiar directo, cónyuge e hijos menores de 24 años, estudiando a tiempo completo en un establecimiento educacional reconocido por el organismo legal correspondiente y dependan económicamente del titular del seguro. Para la cobertura de fallecimiento deberán ser mayores de 18 años.

Cédula identidad	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Parentesco	Peso	Estatura

Importante: la cédula de identidad de los asegurados dependientes es fundamental para los servicios asociados a esta póliza, tales como I-Med y posibles convenios que lo requieran.

8. Forma de pago de beneficios.

Complete antecedentes para el abono automático de sus reembolsos de salud y dental.

Cuenta corriente Cuenta vista Cuenta de ahorro

Nº de cuenta: _____ Banco: _____

Si no informa estos antecedentes, el pago de los reembolsos se realizará por medio de un cheque nominativo al titular de la póliza, el que será enviado a través de su empleador.

9. Hábitos, deportes y/o actividades de alto riesgo.

Responda las siguientes preguntas, siempre considerando para sus respuestas tanto su persona, como el resto de los asegurables indicados en la presente solicitud de incorporación.

a. ¿Usted, o alguno de los asegurables indicados en esta solicitud de incorporación fuma? Si su respuesta es afirmativa indique consumo diario de cada uno en el mismo orden.

Sí No Quién: _____ Consumo diario: _____

b. ¿Usted, o alguno de los asegurables indicados en esta solicitud de incorporación realiza algún deporte de riesgo, tales como paracaidismo, parapente, alas delta, bungee, andinismo, surf, automovilismo, motociclismo, buceo, motonáutica, canopy, navegación a vela, boxeo, artes marciales, hípica, rodeo, u otros deportes o actividades riesgosas?

Sí No Quién: _____ Cuál: _____ Frecuencia: _____

10. Declaración de salud.

Usted o alguno de los asegurados dependientes informados en esta solicitud de incorporación, padece, ha padecido, se encuentra en proceso de diagnóstico o presenta cualquier sintomatología de:

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cáncer, tumores, pólipos, nódulos, enfermedad de los ganglios linfáticos, leucemia, linfomas, aplasia medular.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Epilepsia, parkinson, neuropatías, esclerosis múltiple, parálisis, accidentes cerebro vasculares, derrame cerebral, aneurisma, infarto cerebral, encefalitis u otra enfermedad del sistema nervioso central.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Depresión, esquizofrenia, trastornos del ánimo o de la personalidad, psicosis, crisis de pánico, bulimia, anorexia u otra enfermedad de salud mental.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Miopía, astigmatismo, hipermetropía, glaucoma, cataratas, estrabismo, queratocono, ceguera, o cualquier enfermedad a los ojos.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Desviación tabique nasal, obstrucción nasal, sordera, hipoacusia, o cualquier otra enfermedad que afecta a la nariz o los oídos.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema pulmonar, fibrosis quística, asma, neumotórax, pleuresía, fibrosis pulmonar y cualquier otra enfermedad que afecte al sistema respiratorio.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hipertensión arterial, angina, infarto al miocardio, by-pass o angioplastia, soplos, enfermedad reumática, arritmias, portador de marcapaso, insuficiencia cardíaca, enfermedad de las válvulas del corazón o cualquier otra enfermedad del corazón.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Aneurisma aórtico, tromboflebitis, várices, tratamiento anticoagulante, trombosis venosa profunda, claudicación intermitente, enfermedades del sistema vascular, alteraciones de coagulación, trombofilia, hemofilia y/o enfermedades del bazo y médula ósea.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Síndrome metabólico, colesterol alto, triglicéridos altos, dislipidemia, hiperuricemia o gota, resistencia a la insulina, resistencia a la glucosa, diabetes mellitus, sobrepeso, obesidad, u otras alteraciones metabólicas.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cirrosis, várices esofágicas, insuficiencia hepática, pancreatitis, enfermedad a la vesícula biliar, esófago de Barret, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, úlceras digestivas, hemorragias digestivas, sangramiento anal, hernia hiatal, hernias abdominales e inguinales, diverticulitis, pólipos de colon u otras enfermedades que afecten al sistema digestivo.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hepatitis b, hepatitis c, síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA (portador o enfermo)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cálculos renales, nefritis, pielonefritis, riñones poliquísticos, insuficiencia renal, malformación de riñones o de las vías urinarias, enfermedades a la vejiga, testículos o próstata.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Enfermedad de las mamas, mioma uterino, quistes ováricos, endometriosis, PAP alterados u otras enfermedades que afecten el aparato reproductor femenino.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Lupus eritromatoso, artritis reumatoidea, cirrosis hepática autoinmune, miastenia gravis, tiroiditis de Hashimoto, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, poliorradiculopatía desmielinizante inflamatoria crónica, síndrome Guillian-Barré, fibromialgia, eritema nodoso u otras enfermedades autoinmunes.

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Hipotiroidismo, hipertiroidismo, nódulos a la tiroides o bocio multinodular u otras patologías de tiroides.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Artrosis, osteoporosis, hernias de columna, escoliosis, espondilosis o discopatía, meniscopatía o lesiones a la rodilla.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cardiopatías congénitas, fisura palatina o labio leporino, displasia de cadera, síndrome de down, o cualquier otra malformación o patología congénita.
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Embarazo actual.

Si usted ha respondido afirmativamente en el cuestionario anterior, o si usted o alguno de los asegurados dependientes señalados en la presente solicitud de incorporación, padece alguna otra enfermedad, patología o condición de salud que no haya sido antes detallada, agradecemos completar el detalle señalado a continuación.

Nombre del afectado	Enfermedad	Fecha diagnóstico	Tratamiento indicado (medicamentos, cirugías, etc.)	Estado actual
				<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento
				<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento
				<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento
				<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento

Fecha de la declaración

Firma asegurado titular

11. Declaración especial

Tomo conocimiento, entiendo y acepto expresamente, en mi nombre y de mis dependientes propuestos, que las enfermedades y/o condiciones de salud preexistentes (diagnosticadas o conocidas con anterioridad a la firma del contrato) o la práctica de deportes, hobby y/o actividades riesgosas debidamente declaradas al tenor de lo propuesto en los puntos 9 y 10 precedentes, serán materia de exclusiones de cobertura y en consecuencia Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. no es ni será nunca responsable del pago de beneficio o indemnización alguna ante un siniestro.

Declaro expresamente que los datos entregados en el presente documento son exactos y fidedignos, y acepto que constituyan elementos indispensables para la apreciación del riesgo, y que una omisión de respuesta o

declaración falsa, errónea, o reticencia de entregar antecedentes, puede implicar el rechazo del siniestro o la nulidad de la cobertura de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 524 N° 1, 525 y 539 del Código de Comercio. Autorizo a la compañía, conforme lo dispone la Ley N° 19.628 "Protección de datos de carácter personal", para que haga uso de los datos informados por mí en este documento o en otros relacionados con este seguro, inclusive cuando estos califiquen como sensibles, con la finalidad de hacer efectivo los beneficios del seguro o sea necesario comunicarlos a cualquier autoridad nacional o extranjera.

Además, autorizo a cualquier institución, médico o persona que nos haya examinado y/o atendido a mí y/o a mis dependientes propuestos, a entregar información completa a la compañía, liberando a los médicos, clínicas y hospitales, de la obligación de reserva de información sobre antecedentes de salud, otorgando acceso a los contenidos o copias de recetas, análisis o exámenes de laboratorio y/o servicios relacionados con la salud, según lo dispuesto por el artículo N° 127 del código sanitario.

Estoy en conocimiento de que esta solicitud de incorporación no otorga cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento que esta propuesta sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la póliza.

Solicito mi incorporación como asegurado a una póliza de seguro colectivo, cuyas condiciones fueron convenidas por mi empleador directamente con la compañía de seguros.

Fecha de la declaración

Firma asegurado titular

12. Resultado de evaluación (sólo uso interno)

Cobertura	Resultado de la evaluación	Requerimiento/observación
Vida	<input type="checkbox"/> Aceptado estándar <input type="checkbox"/> Aceptado con sobreprima <input type="checkbox"/> Aceptado con exclusión <input type="checkbox"/> Pospuesto <input type="checkbox"/> Rechazado	
Salud Catastrófico	<input type="checkbox"/> Aceptado estándar <input type="checkbox"/> Aceptado con exclusión <input type="checkbox"/> Pospuesto <input type="checkbox"/> Rechazado	
Oncológica	<input type="checkbox"/> Aceptado estándar <input type="checkbox"/> Rechazado	

Fecha de la evaluación

Firma evaluador