

Solicitud Inicial Asegurable Titular
 Incorporación de Cargas
 Modificación de Datos de Capital
 Actualización de Datos Asegurado

Tipo de Seguro (marcar según corresponda):
 Salud N° de Póliza
 Vida N° de Póliza
 Catastrófico N° de Póliza
 Dental N° de Póliza

1 Antecedentes Contratante

Nombre Empresa: _____ Rut: | | | | | | | | | | - | |

IMPORTANTE: Usted se está incorporando como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el contratante individualizado en el cuadro anterior directamente con la compañía de seguros. Por favor completar este formulario con letra impresa y clara. Utilice el mismo lápiz durante todo el proceso y complete con líneas diagonales todos los espacios en blanco.

2 Antecedentes del Asegurado Titular (Datos obligatorios)

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:		RUT	
Dirección de Contacto		Comuna	Ciudad	Teléfono	Correo Electrónico
Estado Civil	Sexo	Peso (kgs.)	Estatura (mts.)	Renta Bruta Mensual (\$)	Capital Solicitado (UF)
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino				
Institución de Salud	Fecha de Nacimiento	Fecha Ingreso en Empresa		Ocupación/Actividad/Cargo	
Nombre:	día mes año	día mes año			

3 Forma de Pago Reembolsos de Salud
 CHEQUE
 DEPOSITO

 Tipo de cuenta:
 CORRIENTE
 AHORRO
 A LA VISTA
 Banco: _____
 N° Cuenta: _____

4 Antecedentes del Asegurado Dependiente (Cónyuge e Hijos Solteros)

NOMBRE (Apellidos, Nombres)	Cédula de Identidad	Relación con titular	Fecha Nacimiento	Sexo M-F

5 Beneficiarios Seguros de Vida (En caso de fallecimiento del Asegurado Titular). Se recomienda designar mayores de edad.

NOMBRE (Apellidos, Nombres)	Cédula de Identidad	Relación con titular	Fecha Nacimiento	Sexo M-F	Porcentaje (%)
TOTAL =					100%

Fecha Inicio Vigencia
 día mes año

Firma Solicitud Asegurado Titular
6 Declaración Simple de Salud (Datos obligatorios)

 a) ¿Usted o alguien de su grupo familiar padece o ha padecido alguna de las enfermedades, situaciones o condiciones de salud que se detallan en el Listado Genérico, está embarazada, o actualmente se encuentra sometido a un diagnóstico en estudio para alguna patología? SÍ NO
 b) ¿Usted ha tenido un cambio o malestar físico en los últimos tres meses sin consulta médica o diagnóstico? SÍ NO

LISTADO GENÉRICO (CÓDIGO)	9. Enfermedades Renales	18. Enfermedades Musculares	27. Enfermedades de la Nariz
1. Tumores	10. Enfermedades Sistema Genitourinario	19. Enfermedades de la Piel	28. Enfermedades de la Boca
2. Cáncer	11. Enfermedades Sistema Endocrino	20. Enfermedades Reumatológicas	29. Enfermedades de la Garganta
3. Enfermedades Cerebro Vasculares	12. Enfermedades Nutricionales	21. Enfermedades de la Sangre	30. Enfermedades de los Ojos
4. Enfermedades Sistema Respiratorio	13. Enfermedades Metabólicas	22. Enfermedades de los Ganglios	31. Enfermedades Sistema Oseo
5. Enfermedades Sistema Cardiovascular	14. Enfermedades Sistema Nervioso	23. Enfermedades Linfáticas	32. Obesidad Mórbida
6. Enfermedades del Corazón	15. Enfermedades Infecciosas	24. Enfermedades Mentales	33. Embarazo
7. Enfermedades Sistema Circulatorio	16. Enfermedades Parasitarias	25. Enfermedades Siquiátricas	34. Licencias Médicas Reiteradas o mayor a 1 mes
8. Enfermedades Sistema Digestivo	17. Enfermedades de las Articulaciones	26. Enfermedades del Oído	35. Otras (Situaciones, Condiciones de Salud, Estudio)

Si las respuestas en a) y/o b) son afirmativas, por favor, complete el siguiente recuadro.

Nombre (Apellidos, Nombres)	Código	Enfermedad y/o Situación de Salud y/o Sintomatología	Fecha Diagnóstico	Condición Actual	Tratamientos (Especificar cuál(es))	Otros Antecedentes	USO EXCLUSIVO DE CNS

ACEPTACIÓN ESPECIAL

Tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad preexistente y/o situación de salud preexistente, declarada precedentemente, implica que respecto de ella(s) los beneficios de este seguro no operarán si la causa del siniestro fuere producto de una de las enfermedades preexistentes o situaciones de salud preexistentes señaladas expresamente por mí en este formulario.

También acepto que en caso de no declarar, en este formulario, mis enfermedades preexistentes o las situaciones de salud 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 o situaciones de salud comprendidas en el listado genérico del punto 6 de este formulario.

Confirmando en mi nombre, y en el nombre de mi grupo familiar, la exactitud y veracidad de las declaraciones arriba expresadas y que nada he ocultado, omitido o disimulado.

Autorizo a la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. a solicitar todos aquellos antecedentes y exámenes médicos que considere necesarios para la evaluación del riesgo propuesto.

Estoy en conocimiento que el texto de la póliza contratada por mi empleador contiene otras exclusiones de cobertura, adicionales a las que da cuenta este formulario, y respecto de las cuales se me ha señalado que debo informarme adecuadamente.

La Compañía está facultada para restringir y/o excluir las coberturas contratadas, según Condicionado(s) vigente(s) al momento de la contratación del seguro colectivo.

Fecha Declaración
 día mes año

Firma Declaración de Salud y Aceptación Especial

Firma y Timbre Empleador

Esta declaración no otorga cobertura sino hasta haber sido evaluada y aceptada por parte de la Compañía.

Evaluación y Resolución Médica (uso Compañía)

Fecha Evaluación _____
 Fecha Recepción _____

_____ **Firma y Timbre Compañía**

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:

<u>NO</u>	contempla renovación garantizada.
<u>SI</u>	podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
<u>SI</u>	considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.
<u>NO</u>	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.

La Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página web www.aach.cl.

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl.