

**Importante:** Usted está solicitando su incorporación como Asegurado a una Póliza o Contrato de Seguros Colectivos cuyas condiciones han sido convenidas por el Contratante individualizado en el Título I de esta solicitud, directamente con la Compañía de Seguros.

Fecha recepción compañía: --20

\*Se solicita marcar con una 'x' y rellenar con letra imprenta, rellenando cada casilla con una letra.

## SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE SEGURO COLECTIVO CATASTRÓFICO

### TIPO DE INCORPORACIÓN

Solicitud Ingreso Asegurable Titular  Incorporación de Cargas  Actualización de Datos

### I. CONTRATANTE

Nombre o Razón Social  R.U.T. - Póliza -

### II. ASEGURABLE TITULAR

R.U.T. - Apellido Paterno  Apellido Materno

Nombres  Fecha nacimiento (dd-mm-aaaa) -- Sexo

Estado Civil  Nombre Sistema Previsional de Salud  Actividad

Dirección particular  Número  Dpto/Casa  Sector / Villa / Población

Comuna  Ciudad  Teléfono celular +56 9  Teléfono particular

Email  Peso (kg)  Altura (cms)

Forma de pago reembolso complementario  Transferencia  Servipag | Fecha ingreso a la empresa -- Renta \$

Banco del titular

Número de cuenta  | Fecha inicio vigencia (Uso Vida Cámara) --

Tipo de cuenta  (1) Corriente (2) Vista (3) RUT

### III. ASEGURABLES ADICIONALES

Nombre Completo  R.U.T. - Fecha nacimiento (dd-mm-aaaa) -- Peso (kg)  Altura (cms)

Parentesco  Sistema Previsional de Salud

Nombre Completo  R.U.T. - Fecha nacimiento (dd-mm-aaaa) -- Peso (kg)  Altura (cms)

Parentesco  Sistema Previsional de Salud

Nombre Completo  R.U.T. - Fecha nacimiento (dd-mm-aaaa) -- Peso (kg)  Altura (cms)

Parentesco  Sistema Previsional de Salud

Nombre Completo  R.U.T. - Fecha nacimiento (dd-mm-aaaa) -- Peso (kg)  Altura (cms)

Parentesco  Sistema Previsional de Salud

# SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE SEGURO COLECTIVO CATASTRÓFICO

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

- Este es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
- Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga la Isapre o Fonasa y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
- 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
- En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar:

**Este seguro:**  
**NO** contempla renovación garantizada  
**SÍ** podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la Póliza  
**NO** considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación  
**NO** cubre preexistencias

Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL 320150700, en la Comisión para el Mercado Financiero . Usted puede revisar este texto en [www.cmf.cl](http://www.cmf.cl)

## IV. DECLARACIÓN ESPECIAL

### 1. COBERTURAS COMPLEMENTARIAS DE SALUD - DENTAL - AMPLIACIÓN - VIDA

Usted o algunos de sus asegurables ha sido declarado inválido por alguna Comisión Médica Central o Regional de la Superintendencia de Pensiones, por el COMPIN, Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) u otra institución que se encuentre habilitada para dictaminar una condición de invalidez, está pensionado por invalidez o se encuentra en trámite de invalidez ante algunas de las instituciones antes señaladas? Sí   
No

**En caso de respuesta afirmativa, especificar:**

Nombre Completo asegurable titular o dependiente	Diagnóstico	Fecha diagnóstico y/o declaración de la invalidez
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

## ACEPTACIÓN ESPECIAL

Tomo conocimiento y acepto expresamente que, en caso de que los asegurables identificados en esta Solicitud de Incorporación hubiesen informado que han sido declarados inválidos o están pensionados por invalidez o se encuentran en trámite de invalidez ante alguna de las instituciones mencionadas, serán incorporados en la póliza con las siguientes condiciones con un monto máximo a indemnizar equivalente al menor entre el monto máximo de la cobertura definido en la póliza y el límite máximo de UF 500.

Fecha (dd-mm-aaaa)  
 -  -

Nombre

R.U.T.  
 -

\_\_\_\_\_  
 Firma Asegurable



# SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE SEGURO COLECTIVO CATASTRÓFICO

PREGUNTA 2: ¿Practica usted, o alguien de su grupo familiar, en forma habitual o esporádica algunos de los deportes y/o actividades detalladas en el siguiente listado? Sí   
No

- |                            |                            |                                      |  |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------|--|
| (1) Montañismo             | (6) Deportista profesional | (11) Seguridad de personas o valores | (16) Fuerzas armadas, de orden y seguridad       |
| (2) Bungee                 | (7) Motociclismo y afines  | (12) Manejo de explosivos            | (17) Trabajos en altura o líneas de alta tensión |
| (3) Deportes aéreos        | (8) Deportes acuáticos     | (13) Bombero                         |  |
| (4) Parapente              | (9) Deportes ecuestres     | (14) Faenas mineras                  |  |
| (5) Automovilismo y afines | (10) Deportes de nieve     | (15) Pesca en altamar                |  |

**En caso de respuesta afirmativa, especificar:**

Nombre Completo asegurable titular o dependiente	Deporte y/o actividad	Frecuencia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tabla de frecuencia:

(1) Casi nunca  
 (2) Nunca  
 (3) A veces  
 (4) Frecuentemente  
 (5) Siempre

PREGUNTA 3: En los últimos 5 años, usted o alguno de sus asegurables dependientes ha estado alguna vez internado en un hospital, clínica o sanatorio u otra institución para diagnóstico, intervenciones o tratamiento de enfermedades comunes o accidente? Sí   
No

**En caso de respuesta afirmativa, especificar:**

--	--

PREGUNTA 4: ¿Usted o alguno de sus asegurables dependientes utiliza algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audífonos, lentes ópticos, marcapaso, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas? En caso de respuesta afirmativa, especificar en el recuadro de más adelante. Sí   
No

**En caso de respuesta afirmativa, especificar:**

--	--

PREGUNTA 5: Usted o alguno de sus asegurables dependientes ha tenido un cambio o malestar físico en los últimos tres (3) meses sin consulta médica o diagnóstico? Sí   
No

**En caso de respuesta afirmativa, especificar:**

--	--

PREGUNTA 6: Usted o alguno de sus asegurables dependientes ha estado alguna vez internado en un hospital, clínica o sanatorio u otra institución para diagnóstico, intervenciones o tratamiento de enfermedades comunes o accidente? Sí   
No

**En caso de respuesta afirmativa, especificar:**

--	--

**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, significarán 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 precedente.

Además tomo conocimiento y acepto expresamente que los deportes y actividades riesgosas declaradas no tienen cobertura en el seguro, y sólo serán cubiertos cuando la Compañía Aseguradora los haya aprobado de forma expresa. De no existir la aprobación de la Compañía, o si no se hubieren declarado las actividades o deportes riesgosos del asegurable titular o de sus dependientes, la cobertura del seguro no operará si la causa del siniestro corresponde a alguna de dichas actividades o deportes riesgosos.

Nombre

Fecha (dd-mm-aaaa)

R.U.T.

\_\_\_\_\_

Firma Asegurable

# SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE SEGURO COLECTIVO CATASTRÓFICO

## VI. DECLARACIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTO DE DATOS PERSONALES

Entiendo y concuerdo que cualquier omisión, error, reticencia o inexactitud relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos, de alguno de los asegurables propuestos, que pudiere influir en la apreciación del riesgo, faculta a Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. para rechazar el pago de la indemnización reclamada. Por lo mismo, autorizo a la Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. a solicitar todos aquellos antecedentes y exámenes médicos que consideren necesarios para la evaluación del riesgo propuesto.

Autorizo expresamente a cualquier médico, profesional de la salud, institución de salud pública o privada, tribunales de justicia, juez árbitro y a cualquier otra persona natural o jurídica, pública o privada que cuente con datos, información o antecedentes relativos a mi estado de salud física o psíquica, tales como fichas clínicas, antecedentes clínicos, informes médicos y análisis o exámenes de laboratorios clínicos, a entregar dichos datos, información o antecedentes a la Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. cuando ésta así lo solicite, por lo cual otorgo mi expreso consentimiento conforme lo disponible en la Ley N° 19.628 y el Artículo 127 del Código Sanitario. La presente autorización y consentimiento se otorga en forma irrevocable y por toda la vigencia del seguro, incluyendo la evaluación y liquidación del mismo. Por otra parte la Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. se obliga a guardar absoluta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida.

Para efectos del pago directo al prestador de salud autorizo y mandato a Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. para que, en caso de existir convenio que así lo permita, pague directamente el monto indemnizatorio al prestador de salud.

Declaro conocer y autorizar que cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía de Seguros al Asegurado con motivo de la póliza se efectuará a la dirección de correo electrónico anteriormente señalada, razón por la cual me obligo a mantenerla debidamente actualizada. Igualmente, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros para que, directamente o, a través del contratante del seguro, me envíe y haga entrega de la póliza o del certificado de cobertura correspondiente a la dirección de correo electrónico previamente indicada.

Si Ud. no desea recibir sus comunicaciones, notificaciones y demás antecedentes anteriormente mencionados a través de su correo electrónico marque con una X:

Por este acto, y según lo dispuesto en la ley N°19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones, doy mi consentimiento y autorización expresa para que Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. y sus representantes, sucesores o cesionarios, puedan proceder a efectuar el tratamiento, almacenamiento, transmisión y comunicación de mis datos personales y la información que le he proporcionado voluntariamente, a su matriz, filiales, sociedades coligadas, empresas relacionadas, sociedades del Grupo Empresarial al que pertenece y terceros prestadores de servicios, estén ubicados dentro o fuera de Chile, con el propósito de que tanto Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. como dichas entidades: i) procedan al almacenamiento y tratamiento de mis datos personales y de mi información personal para los objetivos del cumplimiento de este Contrato de Seguro; ii) hagan efectivos el o los convenios que pudieren estar asociados a los seguros que he contratado; y iii) me contacten y pongan a mi disposición, en la forma que estimen pertinente, la más completa información y oferta de sus productos y servicios.

Fecha (dd-mm-aaaa)  
  -   -

Nombre

R.U.T.  
 -

\_\_\_\_\_  
 Firma Asegurable

## USO INTERNO VIDA CÁMARA

Póliza  
     -

Fecha inicio vigencia  
  -   -

Evaluador:

Póliza  
     -

Fecha inicio vigencia  
  -   -