

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		
	ualización de Datos	
I. CONTRATANTE		
Nombre o Razón Social	R.U.T.	Póliza
II. ASEGURABLE TITULAR		
R.U.T. Apellido Paterno	Apellido Materno	
Nombres Fe	cha 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	
Banco del titular Número de cuenta (1) Corriente (2) Vista (3) RUT	Fecha inicio vigencia (Uso Vida Ci	\$
III. ASEGURABLES ADICIONALES		
Nombre Completo R.U.T	Fecha nacimiento (dd-mm-aaaa)	Peso (kg) Altura (cms)
		
Nombre Completo R.U.T Parentesco Sistema Pro	Fecha nacimiento (dd-mm-aaaa)	Peso (kg) Altura (cms)
Nombre Completo R.U.T	Fecha nacimiento (dd-mm-aaaa)	Peso (kg) Altura (cms)
Parentesco Sistema Pre	evisional de Salud	
Nombre Completo R.U.T	Fecha nacimiento (dd-mm-aaaa)	Peso (kg) Altura (cms)



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.
- 8. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
 - Duración de este seguro

IV. DECLARACIÓN ESPECIAL

- 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

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 Comision para el Mercado Financiero . Usted puede revisar este texto en www.cmf.cl

1. COBERTU	JRAS COMPLEMENTARIAS DE SALUD - DENTAL - AMPLIACIÓN	N - 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?											
n caso de respuesta afirmativa, especifica Nombre Completo asegurable titular o depe		Fecha diagnóstico y/o declaración de la invalidéz									
		<u> </u>									
ACEPTACIÓN ESPECIAL											
declarados inválidos o están pensionados p	te que, en caso de que los asegurables identificados en esta Solicitud de Incorp or invalidez o se encuentran en trámite de invalidez ante alguna de las institucior n monto máximo a indemnizar equivalente al menor entre el monto máximo de	nes mencionadas, serán incorporados en									
Fecha (dd-mm-aaaa)	Nombre R.U.T.										

Firma Asegurable



V. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD SEGURO DE VIDA

(16) Enfermedades del embarazo o puerperio

Enfarmandad . /a situa sión da salud

TENGA PRESENTE QUE SON ENFERMEDADES, DOLENCIAS O SITUACIONES DE SALUD PREEXISTENTES AQUELLAS DIAGNOSTICADAS O CONOCIDAS POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE SU INCORPORACIÓN AL SEGURO.

PARA EFECTOS DE ESTA DECLARACIÓN DE SALUD SE ENTENDERÁ QUE EL CÁNCER NO ES UNA ENFERMEDAD PREEXISTENTE CUANDO HAYAN TRANSCURRIDO MÁS DE 5 AÑOS DESDE LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO RADICAL SIN RECAÍDA POSTERIOR, POR LO QUE EN TAL CASO USTED NO ESTÁ OBLIGADO A DECLARAR DICHA PATOLOGÍA.

SE ENTIENDE COMO TRATAMIENTO RADICAL EL TRATAMIENTO COMPLETO CON FIN CURATIVO QUE PUEDE INCLUIR, PERO NO ESTÁ LIMITADO A, CIRUGÍA, QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA, INMUNOTERAPIA, TRANSPLANTES, ETC, AL TÉRMINO DEL CUAL SE CONSIDERA EL ALTA ONCOLÓGICA Y/O REMISIÓN COMPLETA.

PREGUNTA 1:; Usted o algún miembro de su grupo familiar incluido en esta declaración ha sido diagnosticado, o ha estado en tratamiento, o ha sido

hospitalizado, o actualmente se encuentra sometido a un estudio de diagnóstico, o tiene conocimiento de padecer o haber padecido algunas de las siguientes enfermedades o situaciones de salud? (1) Enfermedades de los órganos de los sentidos Ejemplos: Miopía, Astigmatismo, Hipermetropía, Estrabismo, Presbicia, Cataratas, Glaucoma, Otitis, Sordera, Adenoides, Pólipos nasales, Desviación del tabique nasal, Retinopatías o cualquier otra enfermedad de los oídos, ojo, garganta o nariz. Ejemplos: Hipo o Hipertiroidismo, Bocio, Dislipidemia, Obesidad, Diabetes, Resistencia insulínica, Tumor de la hipófisis o tiroides, Bulimia, Anorexia, (2) Enfermedades endocrinas y metabólicas Enfermedad de Addison o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas y de órganos que elaboran hormonas, enfermedades nutricionales o metabólicas Ejemplos: Anemia, Hemofilia, Alteraciones de la coagulación, Linfoma, Leucemia o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema (3) Enfermedades de la sangre hematopoyético como los ganglios, vasis linfáticos o el bazo Ejemplos: Trastornos del ánimo, Depresión, Intento de suicidio, Neurosis, Psicosis, Esquizofrenia. (4) Enfermedades del comportamiento, mentales o siquiátricas (5) Enfermedades Sistema Nervioso Central Ejemplos: Tumores o Quistes en el sistema nervioso, accidentes Cerebrovasculares, hidrocefalia, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, parálisis, accidentes cerebrovasculares (isuémicos o hemorrágicos), aneurismas cerebrales, TEC, fistulas del líquido céfalo raquídeo, esclerosis múltiple, neuropatías, jaqueca y/o migraña, meningitis, déficit atencional, o cualquier otra enfermedad del cráneo, medular o de nervios periféricos. (6) Tumores y/o enfermedades oncológicas Ejemplos: Cáncer, Quistes, Tumores benignos o malignos, Nódulos, Pólipos de cualquier localización Ejemplos: Labio leporino, Andtalmía y la microftalmia, Anotia, Microtia, Arteria esofágica, Craneosintosis, Defectos del tubo neural, Defectos por asimetrías de extremidades, Gastrosquisis, Pie bot, Displasia de cadera, Cardiopatías congénitas o cualquier alteración estructural, funcional o metabólica (7) Malformaciones y/o enfermedades congénitas presente desde el momento del naciminetos. presente desde el momento del nacimiento. Ejemplos: Infarto del miocardio, Hipertensión arterial, Soplos, Arritmias, Aneurisma, Várices, Flebitis, Enfermedad coronaria, Angina de pecho, Enfermedad reumática, Accidentes cerebrovasculares o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio. (8) Enfermedades cardiovasculares y circulatorias Ejemplos: Úlceras, Hemorroides, Enfermedad de crohn, Colitis ulcerosa, Pancreatitis, Cálculos biliares, Hepatitis, Cirroris, Hemorragias digestivas o (9) Enfermedades digestivas cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo, como esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, vía biliar, páncreas (10) Enfermedades respiratorias Ejemplos: Asma, Enfisema, Neumonía, Tuberculosis, Alergias, Sinusitis, Bronquitis crónica, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Enfermedades de las vías respiratorias (faringe) o bajas (laringe, tráquea, bronquios, pulmones) o cualquier otra enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio. (11) Enfermedades renales o genitourinarias Ejemplos: Nefritir, Cistitis, Cálculo al riñón, Hiperplasia, Varicocele, Adenoma o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata o genitales. (12) Enfermedades ginecológicas y de las mamas Ejemplos: Miomas, Endometriosis, Quiste ovárico, Displasia mamaria, Tumores, Quistes. Ejemplos: Lumbago, Lumbociática, Gota, Artritis, Artrosis, Reumatismo, Fracturas, Hernias, Síndrome del túnel carpiano, Enfermedades inmunitarias o (13) Enfermedades reumatológicas u óseas autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos o articulaciones (14) Enfermedades dermatológicas Ejemplos: Hemangiomas, Psoriasis, Eczemas, Secuela de quemaduras, Úlceras, Dermatitis, Acné severo, Melanoma, Rosácea. Ejemplos: Enfermedad de chagas, Hidatidosis, VIH positivo, SIDA, Malaria, Fiebre amarilla, Dengue, Citomegalovirus, Toxoplasmosis o cualquier otra (15) Enfermedades infecciosas v/o parasitarias enfermedad infecciosa,viral, bacteriana, hongos o parásitos.

En caso que usted o alguno de los asegurables dependientes han sido diagnosticados, o tienen conocimiento de padecer o se encuentran en tratamiento o proceso de estudio por alguna de las enfermedades o situaciones antes enunciadas, deberá especificar a continuación:

Ejemplos: Embarazo molar, Preeclampsia o Diabetes, colestasia, Aborto, Asfixia neonatal, Parto prematuro, Hemorragia puerperal.

Tache diagnéstica a consciente de la enferme de de tratamiente y etras entre de la

cilien	medad y/o situación de salud	recha diagnostico o conocimi	ento de la enfermedad, tratamiento y otros antecedentes



REGUNTA 2: ¿Practica usted, o alguien de su grupo familiar, en forma habitual o esporádica algunos de los deportes y/o actividades detalladas en el Sí guiente listado?														í _ o _]																			
(1) Montañismo(2) Bungee(3) Deportes aéreos(4) Parapente(5) Automovilismo y afines	(6) Deportista profesional (7) Motociclismo y afines (8) Deportes acuáticos (9) Deportes ecuestres (10) Deportes de nieve (11) Seguridad (12) Manejo de (13) Bombero (14) Faenas mir (15) Pesca en a										ro mineras																							
En caso de respuesta afirmati	va, esp	ecific	ar:																															
Nombre Completo asegurable	titular	o dep	pendie	ente	:									Dep	orte	e y/c	o ac	tivi	dad				Fr	ecu	enc	ia								
																					Tab							Tabla	abla de frecuencia:					
																						(1) Casi (2) Nun												
																														(3) A	vece	S	nente	
																													L	(5) Sie	empr	e		
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																																		
		$\bot\!$	Щ	Н		_	Щ		_	Н	4	+	Щ	_	Н	4	_	Щ	_	_	Щ	_	<u> </u>	Щ	_		ᆜ	부	\coprod	\perp	\perp	Щ	\perp	\sqsubseteq
				Ш			Ш	Ш		Ш			Ш		Ш			Ш			Ш			Ш			Ш		Ш			Ш		Ш
PREGUNTA 4: ¿Usted o algumarcapaso, bastones ortopé En caso de respuesta afirma	dicos o	o mule	etas, s																											S,		Sí [No [
																											Ш	\perp			\perp			
		Ш		Ш			Ш			Ш					Ш			Ш									Ш	\perp	Ш	\perp	L	Щ		
PREGUNTA 5: Usted o alguno médica o diagnóstico?	o de su	is ase	gurab	les	deper	ndie	nte	s ha	ter	nido	un	ı car	nbi	0 0 r	male	esta	ır fís	sico	en	los	últii	nos	s tre	es (3	8) m	ese	s si	n cc	nsu	ılta		Sí No [
En caso de respuesta afirmat	iva, es _l	pecific	car:																															
	$\frac{1}{1}$	$\perp \!\!\!\! \perp$			<u> </u>	<u> </u>	Щ	_	_	Н	+		4	+		<u> </u>	Н	Щ	+	<u> </u>		Ŧ	Н	+	+	Н	\pm	Ļ	브	\pm	\coprod	+		ᆜ
																							Ш			Ш			Ш		Ш			
PREGUNTA 6: Usted o algun para diagnóstico, intervencio																ado	o en	ı un	hos	spit	al, c	línio	ca c	sar	nato	orio	u o	tra i	nsti	tuci		Sí [No [
En caso de respuesta afirmat	iva, es	pecifi	car:																															
		$\perp \perp$				\perp	Щ	+	<u>_</u>	Н	+	$\frac{\square}{\square}$	\perp	+		부		Щ	+	<u>_</u>	Щ	+	Ш	+	÷	Ш	井	누	브	\pm	븼	<u> </u>		\exists
,																																		
ACEPTACIÓN ESPECIA	L:																																	
Tomo conocimiento y acepto de ella(s), los beneficios de est preexistentes señaladas expre	e segui	ro no d	opera	rán s	si la ca	usa	del																										spect	:0
También acepto que en caso del seguro no operará si la cau Además tomo conocimiento cuando la Compañía Asegura deportes riesgosos del asegura o deportes riesgosos.	sa del s y acept dora los	siniestr to exp s haya	ro fue resam a apro	se p nent bad	roduc e que o de f	to d los orm	e ur dep a ex	na d port xpre	e la es y sa.	s en y ac De	iferi tivid no	med dade exis	lade es ri tir la	es o s esgo a apr	situa osas oba	acio de ció	nes clara n de	de s adas e la s	salu s no Con	d co tie npa	omp nen ñía,	ren col o si	dida bert i no	as er ura se	n el en hub	lista el s piere	ado egu en d	pred Iro,) Iecla	cede y só rado	ente. olo se o las	erár s act	n cu	biert lades	tos s o
Fecha (dd-mm-aaaa)	J.T.																				-									_				

Firma Asegurable



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.

		omunicaciones, notificaciones y d s a través de su correo electrónico			
Por este acto, y según lo dispuesto en la ley de Vida Cámara S.A. y sus representantes, información que le he proporcionado volu prestadores de servicios, estén ubicados almacenamiento y tratamiento de mis dato: pudieren estar asociados a los seguros que productos y servicios.	sucesores o cesionarios, puedan ntariamente, a su matriz, filiales, dentro o fuera de Chile, con el s personales y de mi información p	proceder a efectuar el tratamiento, aln sociedades coligadas, empresas relac propósito de que tanto Compañía de personal para los objetivos del cumplimi	nacenamiento, transmi ionadas, sociedades d e Seguros de Vida Cár ento de este Contrato d	sión y comunicación de mis datos persona el Grupo Empresarial al que pertenece y te nara S.A. como dichas entidades: i) proce le Seguro; ii) hagan efectivos el o los conveni	lles y la erceros edan al ios que
Fecha (dd-mm-aaa	a) Nombre			R.U.T.	
		Firma Asegurable			
USO INTERNO VIDA CÁMARA	4				
Póliza F	echa inicio vigencia	Evaluador:			
Póliza F	echa inicio vigencia	 			