

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 SEGUROS COLECTIVOS

(Sin cobertura de preexistencia en Seguros de Salud y Vida)

TIPO DE INCORPORACIÓN

PRODUCTOS

Solicitud Ingreso Asegurable Titular Incorporación de Cargas Actualización de Datos | Complementario de Salud Seguro de Vida

I. CONTRATANTE

Nombre o Razón Social R.U.T. - Póliza Complementario de Salud - Póliza Vida -

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 | Fecha inicio vigencia (Uso Vida Cámara) --

Número de cuenta | 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 SEGUROS COLECTIVOS

(Sin cobertura de preexistencia en Seguros de Salud y Vida)

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 en el caso de seguro de salud.

Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL 320131486 o POL 320220134 y Cláusula Adicional CAD320131487 o CAD320180045, según corresponda, en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en www.cmfchile.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"/> |

1. 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:

- En caso que la póliza considere la cobertura de Ampliación de Salud, el monto a indemnizar será el menor valor entre el monto máximo de la cobertura definido en la póliza y el límite máximo de UF 500.
- En caso de pólizas de seguros de vida, el ingreso sólo se efectuará a las coberturas de Fallecimiento que contemple la póliza, siendo el capital asegurado el menor valor entre el capital asegurado definido en la póliza para dichas coberturas y el límite máximo de UF 1.000.

Fecha (dd-mm-aaaa)

Nombre

R.U.T.

 Firma Asegurable

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE SEGUROS COLECTIVOS

(Sin cobertura de preexistencia en Seguros de Salud y Vida)

3. BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA

Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

R.U.T. - Relación parentesco Email

Dirección particular Número Dpto/Casa Sector / Villa / Población

Comuna Ciudad Teléfono celular +56 9

Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

R.U.T. - Relación parentesco Email

Dirección particular Número Dpto/Casa Sector / Villa / Población

Comuna Ciudad Teléfono celular +56 9

Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

R.U.T. - Relación parentesco Email

Dirección particular Número Dpto/Casa Sector / Villa / Población

Comuna Ciudad Teléfono celular +56 9

Nombre Apellido Paterno Apellido Materno

R.U.T. - Relación parentesco Email

Dirección particular Número Dpto/Casa Sector / Villa / Población

Comuna Ciudad Teléfono celular +56 9

- Puede designarse como Beneficiario a cualquier persona o personas.
- En la designación de más de un Beneficiario deberá señalar el porcentaje de indemnización que corresponde a cada uno, debiendo la suma de todos los porcentajes ser igual a cien (100). Si el Asegurado hace una designación sin porcentaje de indemnización, ésta se distribuirá por partes iguales entre aquellos que hubieren sido designados.
- A falta de designación de Beneficiario por parte del Asegurado, se entenderá como tales a los herederos legales de éste.
- El Asegurado podrá cambiar de Beneficiarios cuando lo estime conveniente, dando aviso por escrito al Asegurador mediante el formulario dispuesto para ello o a través de comunicación escrita.
- Compañía de Seguros Vida Cámara S.A. pagará válidamente a los Beneficiarios indicados en este instrumento, y con ellos quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será disponible ningún cambio de Beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado por escrito con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.
- Esta designación una vez notificada a Compañía de Seguros Vida Cámara S.A. reemplaza cualquiera otra anterior.

RECOMENDACIÓN:

Recomendamos para una mayor agilidad en el pago del siniestro, dejar como Beneficiario a personas mayores de 18 años, dado que según nuestra ley, los hijos menores de 18 años son incapaces de administrar sus bienes y necesariamente deben actuar representados por personas mayores de edad.

ACEPTACIÓN ESPECIAL:

Entiendo y autorizo a que la(s) persona(s) designada(s) como beneficiario(s) en este formulario mantenga(n) dicha condición en el caso de renovarse y/o celebrarse un nuevo contrato de seguro de vida sucesivo a éste entre el contratante de esta póliza y Compañía de Seguros Vida Cámara S.A., lo cual es sin perjuicio de mi derecho a designar o modificar la designación de beneficiarios en la forma y oportunidad dispuesta por la póliza.

Fecha (dd-mm-aaa) - - Nombre

R.U.T. -

Firma Asegurable

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE SEGUROS COLECTIVOS

(Sin cobertura de preexistencia en Seguros de Salud y Vida)

VII. 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-aaa) -- Nombre

R.U.T. -

Firma Asegurable

USO INTERNO VIDA CÁMARA

| | | |
|--|--|------------------|
| Póliza <input type="text"/> - <input type="text"/> | Fecha inicio vigencia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | Evaluador: _____ |
| Póliza <input type="text"/> - <input type="text"/> | Fecha inicio vigencia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | |