

**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 II de esta solicitud, directamente con la Compañía de Seguros.

Fecha recepción compañía:  -  - 20

## SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE SEGURO COLECTIVO CATASTRÓFICO

**Se solicita marcar con una 'X' y rellenar con letra imprenta.**

### Tipo de Incorporación

Solicitud Ingreso Asegurable Titular
  Incorporación de Cargas
  Actualización de Datos

### I. Asegurable Titular

R.U.T.	Nombre completo	Fecha nacimiento		
Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión civil	Peso (Kg)	Altura	Sistema Previsional de Salud <input type="checkbox"/> Fonasa <input type="checkbox"/> Isapre:
Teléfono celular +56 9	Email	Dirección particular		
Dirección particular		Casa / Dpto	Comuna	
Ciudad	Forma de pago reembolso complementarios <input type="checkbox"/> Transferencia <input type="checkbox"/> Servipag	Tipo de cuenta <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Rut	Número de cuenta	
Nombre del banco BANCO	Ingreso a la empresa	Renta líquida	Inicio vigencia (Uso Vida Cámara)	

### II. Contratante

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

### III. Asegurable Adicionales

**Parentesco: (1) Padre/Madre (2) Hijo (3) Conviviente civil (4) Conviviente no civil (5) Cónyuge (6) Otro tipo de carga legal.**

R.U.T.	Nombre completo	Fecha nacimiento	Peso (Kg)	Altura	Sistema Previsional de Salud <input type="checkbox"/> Fonasa <input type="checkbox"/> Isapre:	Parentesco Indicar número
R.U.T.	Nombre completo	Fecha nacimiento	Peso (Kg)	Altura	Sistema Previsional de Salud <input type="checkbox"/> Fonasa <input type="checkbox"/> Isapre:	Parentesco Indicar número
R.U.T.	Nombre completo	Fecha nacimiento	Peso (Kg)	Altura	Sistema Previsional de Salud <input type="checkbox"/> Fonasa <input type="checkbox"/> Isapre:	Parentesco Indicar número
R.U.T.	Nombre completo	Fecha nacimiento	Peso (Kg)	Altura	Sistema Previsional de Salud <input type="checkbox"/> Fonasa <input type="checkbox"/> Isapre:	Parentesco Indicar número

**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.



**Pregunta 2:** ¿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? Sí  No

(1) Enfermedades de los órganos de los sentidos	Miopía, Astigmatismo, Hipermetropía, Estrabismo, Presbicia, Cataratas, Glaucoma, Otitis, Sordera, Adenoides, Pólipos nasales, Desviación del tabique nasal, Retinopatías, degeneración macular, ojo seco, uveitis, polipos nasales o laringeos, hipertrofia de cornetes, Tinnitus, o cualquier otra enfermedad y/o secuela de los oídos, ojo, garganta o nariz.
(2) Enfermedades endocrinas y metabólicas	Hipo o Hipertiroidismo, Bocio, Dislipidemia, Obesidad, Diabetes, Resistencia insulínica, Tumor de la hipófisis o tiroides, Bulimia, Anorexia, Enfermedad de Addison, Prediabetes, hipopituitarismo, acromegalia, deficiencia de hormona de crecimiento, hiperprolactinemia, Tiroiditis, Feocromocitoma, Síndrome de Cushing, pubertad precoz, Hipogonadismo, Tumor de la hipófisis, hipotalamo o tiroides, o cualquier otra enfermedad y/o secuela de las glándulas endocrinas y de órganos que elaboran hormonas, enfermedad nutricionales o metabólicas.
(3) Enfermedades de la sangre	Anemia nutricional o no nutricional, Hemolítica, aplásica, Talasemia, Hemoglobinuria, Hemofilia, Alteraciones de la coagulación, Linfoma, Leucemia, Mieloma, Purpura, Trombofilia, Trombocitosis, Trombocitopenia, o cualquier otra enfermedad y/o secuela de los componentes del sistema hematopoyético como los ganglios, vasos linfáticos o el bazo.
(4) Enfermedades del comportamiento, mentales o psiquiátricas	Trastornos del ánimo, Depresión, Demencia, Trastornos de la personalidad y el comportamiento, Trastornos del humor, Manía o bipolar, Trastorno esquizotípico o psicótico, Trastornos neurotípicos, Ansiedad, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Intento de suicidio, Retraso mental, uso/abuso de drogas psicoactivas, Dependencia a drogas, alcohol o tabaco, Neurosis, Psicosis, Esquizofrenia.
(5) Enfermedades Sistema Nervioso Central	Tumores o Quistes en el sistema nervioso, accidentes Cerebrovasculares, hidrocefalia, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, parálisis, accidentes cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos), autismo, parálisis cerebral, Hidrocefalia, Encefalopatía, aneurismas cerebrales, TEC, fistulas del líquido céfalo raquídeo, esclerosis múltiple, neuropatías, jaqueca y/o migraña, meningitis, déficit atencional, o cualquier otra enfermedad y/o secuela del cráneo, medula o de nervios periféricos.
(6) Tumores y/o enfermedades oncológicas	Cáncer de cualquier tipo, Quistes, Tumores benignos o malignos, Nódulos, Pólipos de cualquier localización.
(7) Malformaciones y/o enfermedades congénitas	Labio leporino, Anoftalmía y la microftalmia, Anotia, Microtia, Atrisia esofágica, Espina Bífida, Craneosinostosis, Plagiocefalia, Polidactilia, Hipospadias, Enfermedades Lisosomales, Defectos del tubo neural, Defectos por asimetrías de extremidades, Gastosquisis, Pie bot, Displasia de cadera, Cardiopatías congénitas o cualquier alteración estructural, funcional o metabólica presente desde el momento del nacimiento.
(8) Enfermedades cardiovasculares y circulatorias	Infarto del miocardio, Hipertensión arterial, Hipertensión Pulmonar, Tromboembolismo Pulmonar, Trombosis Venosa Profunda, Insuficiencia venosa, Vasculitis, Arteritis, Enf. Carotídea, Enf. Periférica arterial, Craneosinostosis, Plagiocefalia, Polidactilia, Hipospadias, Enfermedades lisosomales, Miocardiopatía, Valvulopatía Cardíaca, Soplos, Arritmias, Aneurisma, Várices, Flebitis, Enfermedad coronaria, Angina de pecho, Enfermedad reumática, Accidentes cerebrovasculares o cualquier otra enfermedad y/o secuela al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.
(9) Enfermedades digestivas	Úlceras, Hemorroides, Enfermedad de Crohn, Colitis ulcerosa, Dispepsia, Reflujo gastroesofágico, Enf. Celiaca, Sínd. Intestino Irritable, Diverticulosis, Diverticulitis, Esteatosis hepática, Pancreatitis, Cálculos biliares, Hepatitis, Cirrosis, Hemorragias digestivas o cualquier otra enfermedad y/o secuela de los componentes del sistema digestivo, como esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, vía biliar, páncreas, intestino, colon.
(10) Enfermedades respiratorias	Asma, Apnea obstructiva del sueño, Bulas, Rinitis, Fibrosis quística, Fibrosis pulmonar, Bronquiectasia, 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 y/o secuela de los pulmones, pleura o sistema respiratorio.
(11) Enfermedades renales o genitourinarias	Nefritis, Insuficiencia renal, gomerulonefritis, Quistes renales, Hidronefrosis, Epididimitis, Cistitis, Cálculo al riñón, Hiperplasia, Varicocele, Adenoma o cualquier otra enfermedad y/o secuela de los componentes de este sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata o genitales.
(12) Enfermedades ginecológicas y de las mamas	Miomas, Endometriosis, Quiste ovárico, Displasia mamaria, Tumores, Quistes, Fibroadenomas, Ginecomastia.
(13) Enfermedades reumatológicas, musculares u óseas	Lumbago, Lumbociática, Gota, Artritis, Artritis reumatoide, Artrosis, Reumatismo, Fracturas, Hernias musculares, inguinal o de los discos/cartilagos, tendinitis, coxartrosis, meniscopatia, distrofia muscular, lesión de manguito rotador, Síndrome del túnel carpiano, Enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquiera del tejido conectivo, o cualquier otra enfermedad y/o secuela de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos o articulaciones.
(14) Enfermedades dermatológicas	Hemangiomas, Psoriasis, Eczemas, Secuela de quemaduras, Úlceras, Dermatitis, Acné severo, Melanoma, Rosácea, Urticaria, Impetigo, Vitiligo, Dermatitis de contacto, Onicomicosis, Alopecia areata, Herpes Zoster.
(15) Enfermedades infecciosas y/o parasitarias	Enfermedad de Chagas, Hidatidosis, VIH positivo, SIDA, Malaria, Fiebre amarilla, Dengue, Citomegalovirus, Covid prolongado, Hepatitis, Sífilis, Toxoplasmosis o cualquier otra enfermedad y/o secuela infecciosa, viral, bacteriana, hongos o parásitos.
(16) Enfermedades del embarazo o puerperio	Embarazo molar, Preeclampsia o Diabetes, colestasia, Aborto, Asfisia neonatal, Parto prematuro, Hemorragia puerperal, Embarazo ectópico, Ansiedad-depresión post-parto, TVP-TEP, Endometritis, Placenta previa, Desprendimiento de placenta, Hiperemesis gravídica, Mastitis.

**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:**

Enfermedad y/o situación de salud	Fecha diagnóstico o conocimiento de enfermedad	Especificar diagnóstico
Indicar número <input type="text"/>	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
Nombre Completo asegurable titular o dependiente		
<input type="text"/>		

Enfermedad y/o situación de salud Indicar número	Fecha diagnóstico o conocimiento de enfermedad	Especificar diagnóstico

Nombre Completo asegurable titular o dependiente

Enfermedad y/o situación de salud Indicar número	Fecha diagnóstico o conocimiento de enfermedad	Especificar diagnóstico

Nombre Completo asegurable titular o dependiente

**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 por la realización de un diagnóstico, intervenciones y/o cirugías o tratamiento de una o alguna de las enfermedades o situaciones de salud listadas en el cuadro anterior? Sí  No

Fecha hospitalización o cirugía	Especificar diagnóstico

Nombre Completo asegurable titular o dependiente

Fecha hospitalización o cirugía	Especificar diagnóstico

Nombre Completo asegurable titular o dependiente

Fecha hospitalización o cirugía	Especificar diagnóstico

Nombre Completo asegurable titular o dependiente

**Pregunta 4:** ¿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                |  |

**Tabla de frecuencia:**  
 (1) Casi nunca (2) A veces (3) Frecuentemente (4) Siempre

En caso de respuesta afirmativa, especificar:

En el caso de "deporte y/o actividad" y "frecuencia" escribir número del listado o tabla según corresponda

Nombre Completo asegurable titular o dependiente	Deporte y/o actividad	Frecuencia

**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 mi 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 fuese 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.

R.U.T	Nombre completo	Fecha nacimiento

**V. 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 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.

R.U.T

\_\_\_\_\_  
Firma Titular

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma