

**IMPORTANTE.**

Usted está solicitando su incorporación como Asegurado a una Póliza o Contrato de Seguros Colectivo 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:

--	--	--

## SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE SEGUROS COLECTIVOS DE ACCIDENTES PERSONALES

### TIPO DE INCORPORACIÓN (marque con x)

<input type="checkbox"/> Solicitud Ingreso Asegurable Titular	<input type="checkbox"/> Actualización de datos
---	---

### COBERTURAS (marque con x las opciones correspondientes)

<input type="checkbox"/> Muerte Accidental	<input type="checkbox"/> ITP 80% por Accidentes
<input type="checkbox"/> Desmembramiento	<input type="checkbox"/> Reembolso de Gastos Médicos por Accidentes
<input type="checkbox"/> ITP 2/3 por Accidente	<input type="checkbox"/> Reembolsos de Gastos Médicos por Hospitalización por Accidentes

### I. CONTRATANTE

Nombre	R.U.T.	Póliza
--------	--------	--------

### II. ASEGURABLE TITULAR

R.U.T.	Apellido Paterno	Apellido Materno
--------	------------------	------------------

Nombres	Fecha Nacimiento	Sexo
---------	------------------	------

Estado Civil	Sistema Previsional de Salud	Profesión
--------------	------------------------------	-----------

Dirección Particular	Nº	Depto.	Sector/Villa/Población
----------------------	----	--------	------------------------

Comuna	Ciudad	Teléfono Celular	Teléfono Particular
--------	--------	------------------	---------------------

<b>FORMA DE PAGO REEMBOLSO</b> <input type="checkbox"/> Depósito Bancario <input type="checkbox"/> SERVIPAG Banco: _____ Nº Cta.: _____	Email	
	<table> <tr> <td>Peso (Kg.)</td> <td>Estatura (mts.)</td> </tr> </table>	Peso (Kg.)
Peso (Kg.)	Estatura (mts.)	

### III. DECLARACIÓN PERSONAL DE ACTIVIDADES Y DEPORTES

a) ¿Cuál es su actividad laboral?: \_\_\_\_\_

b) ¿Practica usted en forma habitual o esporádica algunos de los deportes detallados en el siguiente listado?

SI  NO

c) ¿Desarrolla usted algunas de las actividades detalladas en el siguiente listado?

SI  NO

#### LISTADO DE DEPORTES Y ACTIVIDADES

- Alpinismo
- Rally
- Bungee
- Buceo
- Alas deltas
- Parapente
- Bombero
- Jeep funrace
- Deportes ecuestres
- Motociclismo y afines
- Automovilismo y afines
- Deportes de nieve
- Deportes acuáticos
- Faenas pesqueras
- Guardias de seguridad
- Aseador de ventanas
- Empleado de casino
- Deportista profesional
- Faenas forestales
- Faenas mineras
- Transporte de valores
- Trabajos en altura o líneas de alta tensión
- Inmersión submarina
- Manejo de explosivos
- Piloto o tripulante de aviones civiles o comerciales
- Faenadores de animales
- Fuerzas armadas, de orden y seguridad
- Pasajero de aviación privada
- Manejo de sustancias químicas corrosivas
- Manejo de máquinas de soldar en industrias o fábricas
- Manejo de sierras mecánicas, de vaivén, bandas o circulares
- Empleado de empresas de seguridad ciudadana
- Carga y descarga de vehículos, buques o aviones
- Trabajadores de gasolineras
- Operador de grúa

Si su respuesta en b) y c) es afirmativa, especificar a continuación deporte o actividad y su frecuencia. En estos casos deberá solicitar y completar cuestionario específico.

---

---

---

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 Asegurado, la cobertura del seguro no operará si la causa del siniestro corresponde a alguna de dichas actividades o deportes riesgosos.

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

### IV. DECLARACIÓN ESPECIAL

Usted 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?

SI  NO

En caso de respuesta afirmativa, especificar en el siguiente cuadro.

DIAGNÓSTICO	FECHA DIAGNÓSTICO Y/O DECLARACIÓN DE LA INVALIDEZ

Tomo conocimiento y acepto expresamente que, en caso de que hubiese declarado que he sido declarado inválido o esté pensionado por invalidez o me encuentre en trámite de invalidez ante alguna de las instituciones mencionadas, seré incorporado en la póliza sólo a la cobertura de muerte accidental, con un capital asegurado igual al menor valor entre el capital asegurado definido en la póliza para la cobertura y el límite máximo de UF 1.000; y a la cobertura de Reembolso de Gastos Médicos por Accidente, si correspondiere, con capital asegurado equivalente al 50% del capital considerado para esta cobertura en la póliza.

## V. CONSENTIMIENTO Y DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

DATOS DEL CONTRATANTE	
Razón Social	R.U.T.
Nº de Póliza	Capital Asegurado Muerte Accidental (UF)

CONSENTIMIENTO		
Por este instrumento autorizo mi incorporación como Asegurado al Seguro Colectivo de Accidentes Personales contratado por el Tomador y/o Contratante antes individualizado con la Compañía de Seguros Vida Cámara S.A. Para tal efecto proporciono los siguientes datos:		
R.U.T.	Nombre Completo	Fecha
Firma Asegurable: _____		

<b>BENEFICIARIOS SEGURO MUERTE ACCIDENTAL</b>			
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/Parentesco	Email	% de Beneficio	
Dirección	Nº	Depto.	Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/Parentesco	Email	% de Beneficio	
Dirección	Nº	Depto.	Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/Parentesco	Email	% de Beneficio	
Dirección	Nº	Depto.	Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	
Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/Parentesco	Email	% de Beneficio	
Dirección	Nº	Depto.	Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	

- 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 Beneficiarios por parte del Asegurado, se entenderá como tales a los herederos legales de éste.
- El Asegurado podrá cambiar de Beneficiarios cuando lo estimen conveniente, dando aviso por escrito al Asegurador mediante el formulario dispuesto para ello o a través carta certificada.
- 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 oponible 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 cualquier otra anterior.

## RECOMENDACIÓN:

Recomendamos para una mayor agilidad en el pago del siniestro, dejar como Beneficiarios 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

--	--	--

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

## VI. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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 Vida Cámara S.A. para rechazar el pago de la indemnización reclamada. Por lo mismo, autorizo a la Compañía de Seguros 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 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 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 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.

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

Fecha

--	--	--

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

## VII. CONSENTIMIENTO DATOS PERSONALES

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 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 Vida Cámara S.A. como dichas entidades: i) me contacten y pongan a mi disposición, en la forma que estimen pertinente, la más completa información y oferta de sus productos y servicios; ii) procedan al almacenamiento y tratamiento de mis datos personales y de mi información personal para los objetivos del cumplimiento de este Contrato de Seguro; y iii) hagan efectivos el o los convenios que pudieren estar asociados a los seguros que he contratado.

Fecha

--	--	--

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

\_\_\_\_\_  
Timbre y Firma Contratante

## USO INTERNO VIDA CÁMARA

Nº Póliza	Fecha Inicio Vigencia	Evaluador
Código de Planes a utilizar		

\_\_\_\_\_  
Timbre y Firma Evaluador