

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 SEGURO COLECTIVOS

(Sin cobertura de preexistencias en Seguro de Salud y Vida)

TIPO DE INCORPORACIÓN (marque con una X)

- Solicitud Ingreso Asegurable Titular Incorporación de Cargas Actualización de Datos

PRODUCTOS (marque con X las opciones correspondientes)

- Complementario de Salud Básico Seguro de Vida Apoyo Familiar

I. CONTRATANTE

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

II. ASEGURABLE TITULAR

R.U.T.	Apellido Paterno	Apellido Materno																					
Nombres		Fecha nacimiento	Sexo																				
Estado Civil	Nombre de Sistema Previsional de Salud	Actividad																					
Dirección Particular	Nro.	Depto.	Sector/Villa/Población																				
Comuna	Ciudad	Teléfono Celular	Teléfono Particular																				
Email		Peso (Kg.)	Estatura (mts.)																				
FORMA DE PAGO REEMBOLSO COMPLEMENTARIO		Fecha de Ingreso a la Empresa	Renta																				
<input type="checkbox"/> Transferencia	<input type="checkbox"/> SERVIPAG	Fecha Inicio Vigencia (USO VIDA CÁMARA)																					
Banco del Titular: _____																							
Nro. Cta. <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																							
Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cta. Corriente <input type="checkbox"/> Cta. Vista / Cta. Rut																							

III. ASEGURABLES ADICIONALES

Nombre Completo	R.U.T.	Fecha Nacimiento	Parentesco	Nombre de Sistema Previsional de Salud	Peso (kg.)	Estatura (mts.)

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.

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 320131486 o POL 32018044 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 COBERTURAS SALUD - DENTAL - AMPLIACIÓN - VIDA - APOYO FAMILIAR

1. 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? En caso de respuesta afirmativa, especificar en el siguiente cuadro:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2. Usted o alguno de sus asegurables dependientes ha sido diagnosticado o está en conocimiento o se encuentra en proceso de estudio, por enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas y/o cromosomopatías, o se encuentra con calidad de carga inválida (duplo) en alguna Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) u otro Organismo Competente? En caso de respuesta afirmativa, especificar en el siguiente cuadro:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

NOMBRE COMPLETO ASEGURABLE TITULAR O DEPENDIENTE	DIAGNÓSTICO	FECHA DIAGNÓSTICO Y/O DECLARACIÓN DE LA INVALIDEZ

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.
- Tomo conocimiento y acepto expresamente que, en caso de que los asegurables identificados en esta Solicitud de Incorporación hubiesen declarado enfermedades, padecimiento o malformaciones congénitas y/o cromosomopatías, no serán incorporados en la póliza.

Fecha

--	--	--

Firma o Nombre y Rut Asegurable

V. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD COBERTURAS SALUD - DENTAL - AMPLIACIÓN - VIDA - A. FAMILIAR

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

1. ¿Usted o alguno de sus asegurables han sido diagnosticados, o tienen conocimiento de padecer o se encuentran en tratamiento o proceso de estudio por alguna de las enfermedades, situaciones o condiciones de salud que se detallan en el listado siguiente?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>												
<ul style="list-style-type: none"> Enfermedades del sistema nervioso Enfermedades del sistema digestivo Enfermedades sistema respiratorio Tumores y/o enfermedades oncológicas Enfermedades del oído, nariz y garganta Enfermedades oculares Enfermedades infecciosas y parasitarias Enfermedades ginecológicas y de las mamas Embarazo Portador del virus COVID-19 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas Enfermedades de la sangre, ganglios, vasos linfáticos, bazo Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular Enfermedades del corazón y sistema circulatorio Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo Enfermedades renales o del sistema genitourinario Enfermedades mentales, psiquiátricas o del comportamiento Secuelas de Enfermedades, Cirugías, Tratamientos y/o Accidentes Licencias médicas reiteradas o mayor a un mes <p>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 u otras no indicadas, deberá especificar a continuación en el siguiente cuadro los siguientes datos:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NOMBRE COMPLETO ASEGURABLE TITULAR O DEPENDIENTE</th> <th>ENFERMEDAD Y/O SITUACIÓN DE SALUD</th> <th>FECHA DIAGNÓSTICO O CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y OTROS ANTECEDENTES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	NOMBRE COMPLETO ASEGURABLE TITULAR O DEPENDIENTE	ENFERMEDAD Y/O SITUACIÓN DE SALUD	FECHA DIAGNÓSTICO O CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y OTROS ANTECEDENTES										
NOMBRE COMPLETO ASEGURABLE TITULAR O DEPENDIENTE	ENFERMEDAD Y/O SITUACIÓN DE SALUD	FECHA DIAGNÓSTICO O CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y OTROS ANTECEDENTES											

2. 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? En caso de respuesta afirmativa, especificar en el recuadro de más adelante.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------

NOMBRE COMPLETO ASEGURABLE TITULAR O DEPENDIENTE	DIAGNÓSTICO, ENFERMEDAD, TRATAMIENTO.

3. ¿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?

SI NO

LISTADO DE DEPORTES Y ACTIVIDADES

- Alpinismo
- Rally
- Benji
- Buceo
- Alas deltas
- Parapente
- Jeep funrace
- Automovilismo y afines
- Deportista profesional
- Motociclismo y afines
- Deportes acuáticos
- Inmersión submarina
- Deportes ecuestre
- Deportes de nieve
- Guardias de seguridad
- Transporte de valores
- Manejo de explosivos
- Faenadores de animales
- Bombero
- Faenas forestales
- Faenas mineras
- Faenas pesqueras
- Fuerzas armadas, de orden y seguridad
- Trabajos en altura o líneas de alta tensión

Si su respuesta es afirmativa, especificar a continuación deporte o actividad y su frecuencia.

NOMBRE COMPLETO ASEGURABLE TITULAR O DEPENDIENTE	DEPORTE Y/O ACTIVIDAD	FRECUENCIA

ACEPTACIÓN ESPECIAL

1. 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.

2. También acepto que en caso de no declarar, en este formulario, mis enfermedades preexistentes o las situaciones de salud preexistentes, así como las de mi grupo familiar, 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.

3. Tomo conocimiento y acepto expresamente que los deportes y actividades riesgosas antes declaradas, tanto respecto de mí como de mi grupo familiar, si correspondiere, no gozarán de cobertura en el seguro si el siniestro es una consecuencia de la práctica de los deportes y/o actividades riesgosas señaladas expresamente en este formulario.

También acepto que, en caso de no declarar en este formulario la práctica de deportes y actividades riesgosas, tanto respecto de mí como de mi grupo familiar, si correspondiere, ello significará que la cobertura del seguro no operará si el siniestro es consecuencia de la práctica de los deportes y/o actividades riesgosas comprendidos en el listado anteriormente señalado.

Fecha

Firma o Nombre y Rut Asegurable

VI. CONSENTIMIENTO Y DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA - APOYO FAMILIAR

1. DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social		R.U.T.
N° de Póliza	Capital Asegurado Vida UF:	Rentas:

2. CONSENTIMIENTO

Por este instrumento autorizo mi incorporación como Asegurado al Seguro Colectivo de Vida 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
--------	-----------------

3. BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/parentesco	Email	% de Beneficio	
Dirección	Nro.	Depto.	Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/parentesco	Email	% de Beneficio	
Dirección	Nro.	Depto.	Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/parentesco	Email	% de Beneficio	
Dirección	Nro.	Depto.	Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/parentesco	Email	% de Beneficio	
Dirección	Nro.	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 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

Firma o Nombre y Rut Asegurable

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

Firma o Nombre y Rut Asegurable

Timbre y Firma Contratante

USO INTERNO VIDA CÁMARA

Nro. Póliza	Fecha Inicio Vigencia	Evaluador
Nro. Póliza	Fecha Inicio Vigencia	