

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

### II. Contratante

Nombre o Razón Social	R.U.T.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

**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.

3. 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

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 Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en [www.cmf.cl](http://www.cmf.cl)

**IV. Declaración Personal de Salud**

**Pregunta 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?

Sí  No

**En caso de respuesta afirmativa, especificar:**

Nombre Completo asegurable titular o dependiente	Fecha diagnóstico o declaración de la invalidez
Diagnóstico	
Nombre Completo asegurable titular o dependiente	Fecha diagnóstico o declaración de la invalidez
Diagnóstico	
Nombre Completo asegurable titular o dependiente	Fecha diagnóstico o declaración de la invalidez
Diagnóstico	
Nombre Completo asegurable titular o dependiente	Fecha diagnóstico o declaración de la invalidez
Diagnóstico	

**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 con un monto máximo a indemnizar equivalente al menor entre el monto máximo de la cobertura definido en la póliza y el límite máximo de UF 500.

R.U.T	Nombre completo	Fecha nacimiento

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

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 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 o cualquier otra enfermedad 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 o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas y de órganos que elaboran hormonas, enfermedades nutricionales o metabólicas.
(3) Enfermedades de la sangre	Anemia, Hemofilia, Alteraciones de la coagulación, Linfoma, Leucemia o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema hematopoyético como los ganglios, vasis linfáticos o el bazo.
(4) Enfermedades del comportamiento, mentales o psiquiátricas	Trastornos del ánimo, Depresión, Intento de suicidio, Neurosis, Psicosis, Esquizofrenia.
(5) Enfermedades Sistema Nervioso Central	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	Cáncer, Quistes, Tumores benignos o malignos, Nódulos, Pólipos de cualquier localización.
(7) Malformaciones y/o enfermedades congénitas	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 presente desde el momento del naciminetos.
(8) Enfermedades cardiovasculares y circulatorias	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.
(9) Enfermedades digestivas	Úlceras, Hemorroides, Enfermedad de crohn, Colitis ulcerosa, Pancreatitis, Cálculos biliares, Hepatitis, Cirrosis, Hemorragias digestivas o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo, como esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, vía biliar, páncreas.
(10) Enfermedades respiratorias	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	Nefritis, 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	Miomas, Endometriosis, Quiste ovárico, Displasia mamaria, Tumores, Quistes.
(13) Enfermedades reumatológicas u óseas	Lumbago, Lumbociática, Gota, Artritis, Artrosis, Reumatismo, Fracturas, Hernias, Síndrome del túnel carpiano, Enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad 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.
(15) Enfermedades infecciosas y/o parasitarias	Enfermedad de chagas, Hidatidosis, VIH positivo, SIDA, Malaria, Fiebre amarilla, Dengue, Citomegalovirus, Toxoplasmosis o cualquier otr enfermedad infecciosa,viral, bacteriana, hongos o parásitos.a
(16) Enfermedades del embarazo o puerperio	Embarazo molar, Preeclampsia o Diabetes, colestasia, Aborto, Asfixia neonatal, Parto prematuro, Hemorragia puerperal.

**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

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

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

**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  No  Especificar quién:

**Pregunta 4:** ¿Usted o alguno de sus asegurables dependientes utiliza algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audífonos, lentes ópticos, marcapaso, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas?

Sí  No  Especificar quién:

**Pregunta 5:** ¿Usted o alguno de sus asegurables dependientes ha tenido un cambio o malestar físico en los últimos tres (3) meses sin consulta médica o diagnóstico?

Sí  No  Especificar quién:

**Pregunta 6:** ¿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
<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"/>

**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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

## 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	Nombre completo	Fecha nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

## Uso Interno Vida Cámara

N° Póliza	Fecha inicio vigencia	Evaludador
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>