

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

(Sin cobertura de preexistencia en Seguros de Vida)

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

Tipo de Incorporación

Solicitud Ingreso Asegurable Titular Incorporación de Cargas Actualización de Datos

Tipo de seguro (marcar todos los que correspondan)

Salud N° Poliza: - Vida N° Poliza: - Catastrófico N° Poliza: -

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	Ocupación
Email		Peso (Kg)
Dirección particular		Altura
Ciudad	Casa / Dpto	Teléfono celular +56 9
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	Comuna
Número de cuenta	Sistema Previsional de Salud <input type="checkbox"/> Fonasa <input type="checkbox"/> Isapre:	
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
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
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
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
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.
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

SÍ cubre preexistencias en 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 o declaración de la invalidez																								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>														-		-								
	-		-																						
Nombre Completo asegurable titular o dependiente																									
Diagnóstico	Fecha diagnóstico o declaración de la invalidez																								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>														-		-								
	-		-																						
Nombre Completo asegurable titular o dependiente																									
Diagnóstico	Fecha diagnóstico o declaración de la invalidez																								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>														-		-								
	-		-																						
Nombre Completo asegurable titular o dependiente																									
Diagnóstico	Fecha diagnóstico o declaración de la invalidez																								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td></td> <td style="text-align: center;">-</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>														-		-								
	-		-																						

2. Actividades y deportes coberturas Salud - Dental - Ampliación - Vida

¿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) Nunca (3) A veces (4) Frecuentemente (5) 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

3. Cobertura Ampliación

¿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 en calidad de carga inválida (duplo) en alguna Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) u otro Organismo Competente? **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	

Aceptación Especial:

1. 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:

- a) 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.
- b) 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.

2. 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.

3. Tomo conocimiento y acepto expresamente que en caso de que los asegurables identificados en esta Solicitud de Incorporación hubiesen declarado enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas y/o cromosomopatías o cargas inválidas, éstos no serán incorporados en la cobertura Ampliación Cobertura Salud.

R.U.T	Nombre completo	Fecha nacimiento

Firma Titular

V. Declaración Personal de Salud Seguro de Vida

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, trasplantes, etc, al término del cual se considera el alta oncológica y/o remisión completa.

Pregunta 1: ¿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 siquiátricas	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 /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 nacimiento.
(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 otra enfermedad 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.

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 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?

Sí No Especificar quién:

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.

R.U.T	Nombre completo	Fecha nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Firma Titular

VI. Consentimiento y Declaración de Beneficiarios de Vida

1. Capital Asegurado Vida del Contratante:

UF	Rentas
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

3. Beneficiario

Parentesco: (1) Padre/Madre (2) Hijo (3) Conviviente civil (4) Conviviente no civil (5) Cónyuge (6) Otros

R.U.T	Nombre completo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Parentesco	% de beneficiario	Teléfono celular	Email
Indicar número <input type="text"/>	<input type="text"/> %	+56 9 <input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección particular	Casa / Dpto	Comuna	Ciudad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

R.U.T	Nombre completo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Parentesco	% de beneficiario	Teléfono celular	Email
Indicar número <input type="text"/>	<input type="text"/> %	+56 9 <input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección particular	Casa / Dpto	Comuna	Ciudad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

R.U.T	Nombre completo
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Parentesco	% de beneficiario	Teléfono celular	Email
Indicar número <input type="text"/>	<input type="text"/> %	+56 9 <input type="text"/>	<input type="text"/>

Dirección particular	Casa / Dpto	Comuna	Ciudad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Puede designarse como Beneficiario a cualquier persona.
- 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.

R.U.T	Nombre completo	Fecha nacimiento

Firma Titular

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 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 colgadas, 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

Firma Titular

Uso Interno Vida Cámara

N° Póliza	Fecha inicio vigencia	Evaluador