

SUSCRIPCIÓN DIGITAL / MANTENCIÓN

Asegurable - Incorporación (Altas)





En Vida Cámara te queremos invitar a ser parte del proceso de **Enrolamiento Digital**. Esto consiste en que la solicitud de incorporación de asegurables ya no será por papeles impresos, si no que vía digital.

Queremos acompañarte en este camino y por esto te presentamos el instructivo paso a paso de esta etapa.

Paso 1

- Te llegará un correo electrónico* con el link de acceso, usuario y clave.
- Tu usuario es tu RUT y la contraseña será la indicada en el correo.
- Haz click en el link:
[Suscripciondigital.vidacamara.cl](https://suscripciondigital.vidacamara.cl)

*Si el mail no esta en la Bandeja de Entrada, revisa el Spam.

Hola, Felipe

Como Vida Cámara estamos contentos que puedas participar de este proceso de enrolamiento. Primero, tienes que ingresar al siguiente link: **<https://suscripciondigital.vidacamara.cl>**

Luego seleccionar la pestaña **asegurable** e ingresar con las siguientes credenciales:

Así accedes a tu sesión

Usuario: 12.345.678-9

Clave Temporal: *Clave al azar*

Luego llena la información del formulario y verifica tus datos.

Cualquier duda en el llenado del formulario favor contactarte con el/la encargado(a) en tu empresa, que te orientará en el llenado de los campos.

Equipo Vida Cámara.

Paso 2

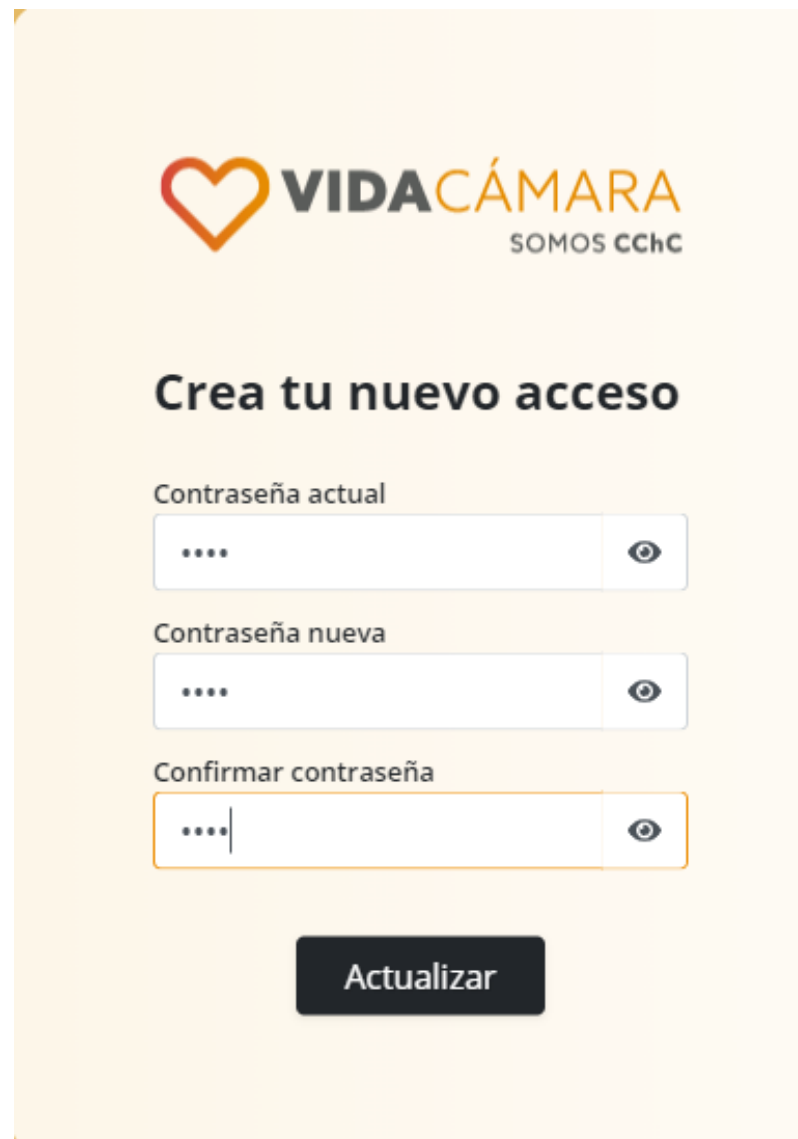
Selecciona la opción **“Asegurable”** e ingresa tu Rut y la clave aleatoria indicada en el mail.



The image shows two screenshots of the VIDACÁMARA login interface. The left screenshot displays the 'Iniciar sesión' (Log in) screen with four options: 'Asegurable', 'Delegado', 'Corredor', and 'Interno'. The 'Asegurable' option is highlighted with an orange box and an arrow pointing to it from the left. The right screenshot shows the 'Bienvenido' (Welcome) screen for the 'Asegurable' user type. It prompts the user to 'Inicie sesión como usuario Asegurado' (Log in as Asegurado user) and provides input fields for 'RUT' and 'Contraseña' (Password). Below the fields are links for '¿Olvidaste tu contraseña?' (Forgot your password?), 'Atrás' (Back), and 'Entrar' (Log in).

Paso 3

- Si estás ingresando por primera vez, se te solicitará cambio de contraseña.
- Ingresa con la contraseña entregada en el correo y luego ingresa una **nueva contraseña**.
- La nueva contraseña puede integrar mayúsculas, minúsculas, números o símbolos, pero esta debe tener entre 4 a 10 caracteres.
- Presiona **“Actualizar”**.



The screenshot shows a web form for creating a new access. At the top, there is the logo for VIDA CÁMARA SOMOS CChC. Below the logo, the heading 'Crea tu nuevo acceso' is displayed. The form consists of three input fields, each with a label and a toggle icon (an eye) to the right. The first field is labeled 'Contraseña actual' and contains four dots. The second field is labeled 'Contraseña nueva' and also contains four dots. The third field is labeled 'Confirmar contraseña' and contains four dots followed by a vertical cursor line. At the bottom of the form, there is a dark button with the text 'Actualizar' in white.

Paso 4

Una vez actualizada la clave, el sistema volverá a la página principal donde debes seleccionar **“Asegurable”** e ingresar **tu Rut y la nueva clave**.



Paso 5

- Al iniciar sesión por primera vez, el sistema mostrará información importante acerca del seguro. Lee detenidamente la información y abre los enlaces marcados en **naranja**. A medida que abras los archivos, estos enlaces pasaran al color **azul**.
- Una vez leída la información, y abiertos los enlaces (todos en color **azul***), acepta la declaración asociada marcando el check box y luego presiona el botón “Aceptar” para poder continuar.

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.
- **SI** 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.
- **SI** cubre preexistencias en el caso de seguro de salud.

Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL320180044; y Cláusula Adicional CAD320180045, según corresponda, en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en www.cmfchile.cl.

Descargue y lea toda la información de Cobertura haciendo click en los siguientes enlaces:

Vida
Salud

Descargue y lea todas las exclusiones por Cobertura haciendo click en los siguientes enlaces:

Seguro de Vida:

Fallecimiento (PRINCIPAL)
Invalidez 2/3
Muerte Accidental

Seguro de Salud:

Complementario Salud (PRINCIPAL)
Adicional Dental



Declaro que he leído y tomado conocimiento de la cobertura, exclusiones y demás condiciones del seguro por lo que acepto sus términos.

Aceptar

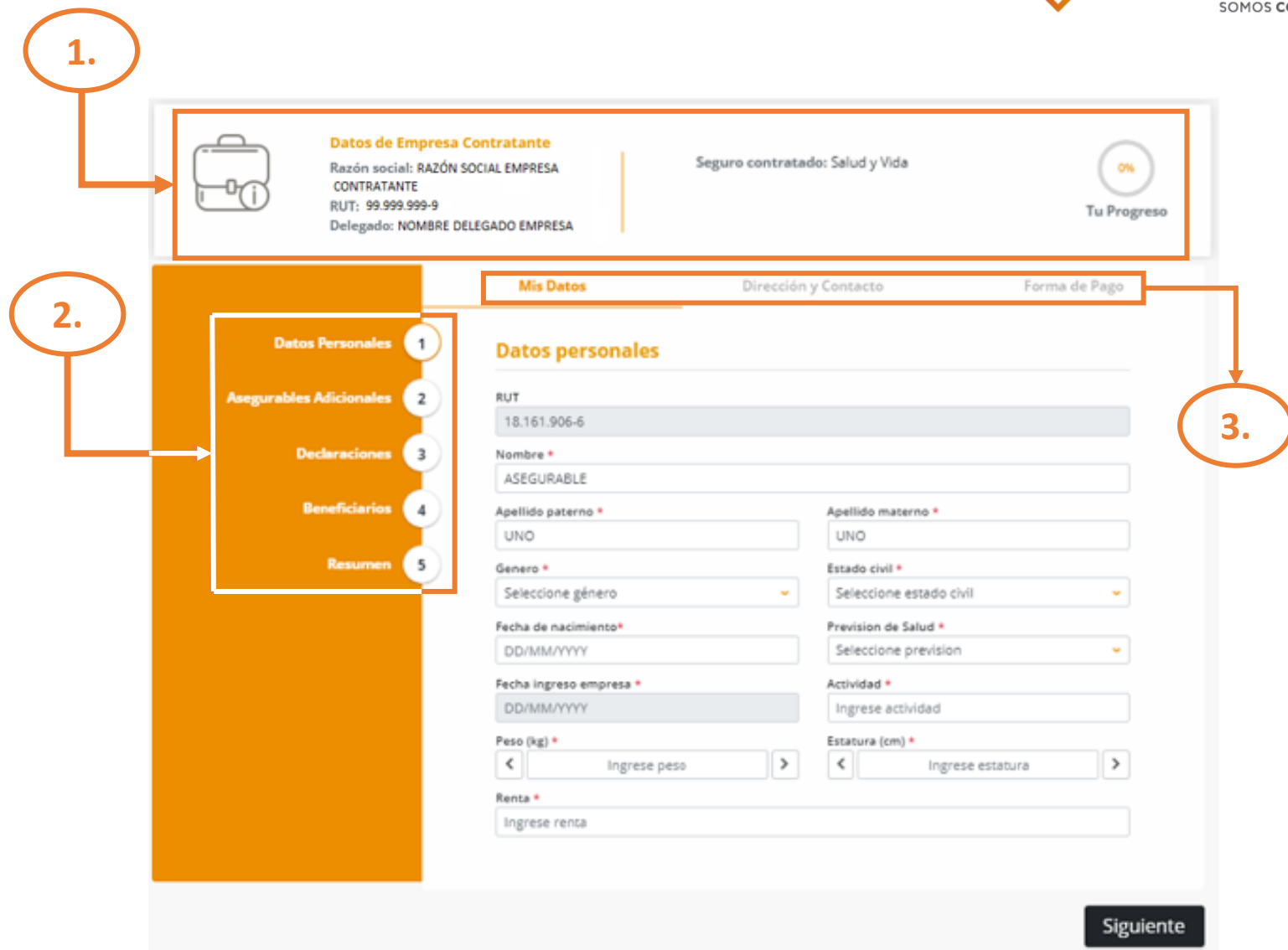
Paso 6

Al aceptar, el sistema desplegará el formulario que debes completar para solicitar la incorporación al seguro:

- Si eres nuevo en la póliza, sigue al paso siguiente.
- Si ya perteneces a la póliza y quieres incorporar Asegurables Adicionales (cargas), sigue en el paso 8.

El formulario se compone de:

1. Cabecera con información asociada al negocio y el porcentaje de avance en el formulario.
2. Menú Lateral, el cual contiene:
 1. Datos Personales
 2. Asegurables Adicionales
 3. Declaraciones
 4. Beneficiarios (solo en caso de contratar pólizas de VIDA)
 5. Resumen
3. Tab superiores, que subdivide la información de cada opción menú.



The screenshot shows a web form for insurance application. At the top, a header box (callout 1) contains 'Datos de Empresa Contratante' with fields for Razón social, RUT, and Delegado, and a progress indicator 'Seguro contratado: Salud y Vida' at 0%. Below this is a navigation bar (callout 3) with tabs: 'Mis Datos' (selected), 'Dirección y Contacto', and 'Forma de Pago'. On the left is a sidebar menu (callout 2) with five items: 'Datos Personales' (1), 'Asegurables Adicionales' (2), 'Declaraciones' (3), 'Beneficiarios' (4), and 'Resumen' (5). The main content area is titled 'Datos personales' and contains various input fields: RUT (18.161.906-6), Nombre (ASEGURABLE), Apellido paterno (UNO), Apellido materno (UNO), Género (dropdown), Estado civil (dropdown), Fecha de nacimiento (DD/MM/YYYY), Prevision de Salud (dropdown), Fecha ingreso empresa (DD/MM/YYYY), Actividad (Ingrese actividad), Peso (kg) (Ingrese peso), Estatura (cm) (Ingrese estatura), and Renta (Ingrese renta). A 'Siguiete' button is at the bottom right.

Paso 7

Mis datos

- Aparecerás en la sección **Datos Personales**, donde tendrás que completar la información solicitada. Los campos RUT, NOMBRE, APELLIDOS vienen precargados según la información ingresada por el delegado.
- Si el delegado escribió mal el nombre – apellidos, puedes corregirlos en esta etapa.
- **Una vez ingresados todos los campos obligatorios (marcados con un *), presiona “Siguiete”.**

Mis Datos
Dirección y Contacto
Forma de Pago

Datos Personales 1
Asegurables Adicionales 2
Declaraciones 3
Beneficiarios 4
Resumen 5

Datos personales

RUT
18.161.906-6

Nombre *
ASEGURABLE

Apellido paterno *
UNO

Apellido materno *
UNO

Estado civil *
Seleccione estado civil

Prevision de Salud *
Seleccione prevision

Genero *
Seleccione género

Fecha de nacimiento*
DD/MM/YYYY

Fecha ingreso empresa *
DD/MM/YYYY

Peso (kg) *
Ingrese peso

Estatura (cm) *
Ingrese estatura

Renta *
Ingrese renta

Siguiete

Paso 8

Dirección y Contacto

- Luego, completa la información de Dirección y Contacto.
- El mail viene precargado con el ingresado por el delegado. Si lo quieres cambiar, puedes hacerlo en esta etapa.
- **Una vez ingresados todos los campos obligatorios (marcados con un *), presiona “Siguiente”.**

Mis Datos
Dirección y Contacto
Forma de Pago

Datos Personales
1

Asegurables Adicionales
2

Declaraciones
3

Beneficiarios
4

Resumen
5

Dirección

Dirección particular *

Número *

Departamento

Sector/Villa/Población

Ciudad *

Comuna *

Contacto

Teléfono celular

Teléfono particular

Email *

Siguiente

Paso 9

Forma de pago

- Para finalizar el ingreso de **Datos Personales**, el sistema te solicitará información bancaria para el pago de reembolsos de salud.
- Este ítem solo se solicitará si estás solicitando tu ingreso a una póliza de Salud.
- Si seleccionas el tipo de pago **“Transfer”**, recuerda que la cuenta debe ser del asegurable titular.
- **Una vez ingresados todos los campos obligatorios (marcados con un *), presiona “Siguiente”.**



Mis Datos Dirección y Contacto **Forma de Pago**

Forma de Pago Reembolso Seguro Complementario de Salud

Tipos de pago *

Seleccione forma de pago

Mis Datos Dirección y Contacto **Forma de Pago**

Forma de Pago Reembolso Seguro Complementario de Salud

Tipos de pago *

Transfer

Nombre de banco *

Seleccione banco

Tipo de cuenta *

Seleccione tipo de cuenta

Número de cuenta *

Ingrese número de cuenta

Recuerda que los datos bancarios deben corresponder al asegurado titular del seguro. En caso contrario el reembolso no podrá ser depositado.

Siguiente

Paso 10

Asegurables adicionales

- El siguiente ítem está asociado al ingreso de **Asegurables Adicionales (cargas)**, donde el sistema preguntará si desea o no declarar asegurables adicionales.
- Si no tienes personas para registrar, marca la opción **NO y presiona "Siguiete"**.
- Si tienes personas para registrar, marca la opción **SI y el sistema desplegará los campos que debes completar**.



Datos de Empresa Contratante

Razón social: RAZÓN SOCIAL EMPRESA CONTRATANTE

RUT: 99.999.999-9

Delegado: NOMBRE DELEGADO EMPRESA

Seguro contratado: Salud y Vida



30%

Tu Progreso

Datos Personales ✔

Asegurables Adicionales 2

Declaraciones 3

Beneficiarios 4

Resumen 5

¿Desea declarar asegurables adicionales?

Si No

Atrás

Siguiete

Paso 10

- Una vez que completes todos los campos obligatorios del Asegurable Adicional, presiona **“Agregar”**.
- A medida que agregues asegurables adicionales, estos se listarán en una grilla, donde tendrás la opción de:
 - Ver [lupa], levantará una nueva pantalla con toda la información ingresada.
 - Editar, se completarán todos los campos del formulario y para guardar la nueva información debes presionar **“Actualizar”**
 - Eliminar, excluirá al asegurable adicional del formulario.
- **Una vez ingreses a todos los Asegurables Adicionales, presiona **“Siguiete”**.**

¿Desea declarar asegurables adicionales?

Si
 No

Nombres *

Apellido Paterno *
Apellido Materno

RUT *
Parentesco *

Genero *
Fecha de nacimiento *

Nombre de sistema previsional de salud *

Peso (kg) *
Estatura (cm) *

Acá puedes agregar a todas tus cargas

Agregar

Nombre completo	RUT	Parentesco	
CARGA UNO UNO	12.046.022-6	Hijo(a)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

Paso 10

- Cuando agregues un Asegurable Adicional, el sistema realizará distintas validaciones para determinar si corresponde o no la incorporación de dicho asegurable. Si el sistema identifica que el Asegurable adicional NO cumple ciertos requisitos, se levantará un modal con 3 opciones:
 - **Finalizar el proceso de suscripción**, con lo cual se cerrará la sesión y se cancelará la solicitud incorporación a la(s) póliza(s).
 - **Solicitar Reevaluación**, lo que permitirá seguir con el formulario sin cambios.
 - **Continuar sin carga**, lo que permitirá seguir con el formulario, pero no considerará al Asegurable Adicional que incumpla el requisito.

¿Desea declarar asegurables adicionales?

LAMENTABLEMENTE NOS HEMOS PERCATADO DE QUE EL ASEGURABLE DEPENDIENTE QUE DESEAS AGREGAR NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE ASEGURABILIDAD DE EDAD DE LA PÓLIZA DE SALUD Y VIDA.

Seleccione una de estas opciones

Finalizar el proceso de suscripción
 Solicitar Reevaluación
 Continuar sin carga

Continuará su solicitud de incorporación sin el asegurable dependiente escogido. Tiene la opción de agregar un nuevo asegurable dependiente y continuar o seguir el proceso sin otro asegurable dependiente.

Paso 11

Declaraciones

En la sección declaraciones responde lo solicitado acerca de Declaración Personal de Salud o Especial y de Actividades y Deportes.

- Si tu respuesta es Sí, deberás llenar la información solicitada.
- Si tu respuesta es No, sólo continua el proceso.

En ambos casos debes leer detenidamente y marcar el check box de la aceptación asociada a cada pregunta.

Datos Personales 1

Asegurables Adicionales 2

Declaraciones 3

Resumen 4

Personal de Salud o Especial
Actividades y Deportes

1. Coberturas Complementarias de Salud

¿El(los) asegurable(s) 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

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 éstos no serán incorporados en la Póliza.

Indica a continuación los detalles de invalidez

Nombre completo asegurable titular o dependiente *

SELECCIONE UN ASEGURABLE

Diagnóstico *

Ingrese diagnóstico

Fecha diagnóstico y/o declaración de invalidez *

Agregar

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 éstos no serán incorporados en la Póliza.

Paso 11

En la sección declaraciones responde lo solicitado acerca de Declaración Personal de Salud o Especial y de Actividades y Deportes.

- Si tu respuesta es Sí, deberás llenar la información solicitada y presionar “Agregar”.
- Si tu respuesta es No, sólo continua el proceso.

En ambos casos debes leer detenidamente y marcar la aceptación asociada a cada pregunta.

Especial de Salud
Actividades y Deportes
Personal de Salud

Datos Personales ✓

Asegurables Adicionales ✓

Declaraciones 3

Beneficiarios 4

Resumen 5

Fallecimiento - Ampliacion Complementario de Salud - Adicional Dental - Complementario Salud

Pregunta 1
▼

¿El(los) asegurable(s) ha sido diagnosticado o está en conocimiento o se encuentra en proceso de estudio, por enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas y/o cromosopatías, o se encuentra en calidad de carga inválida (duplo) en alguna Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) u otro Organismo Competente?

Sí No

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 cromosopatías, no serán incorporados en la póliza.

Pregunta 2
▶

Atrás

Siguiete

Paso 11

A medida que ingreses declaraciones/diagnósticos a cada pregunta, estas se listarán en una grilla con las siguientes opciones:

- Editar, el cual completará los campos y para guardar la información actualizada debes presionar **“Actualizar”**
- Eliminar, con lo que se elimina la declaración/diagnóstico.

Al ir contestando las preguntas, avanza con la opción “Siguiente”.

Pregunta 1
▼

¿El(los) asegurable(s) 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?

Si No

Nombre completo asegurable titular o dependiente *

SELECCIONE UN ASEGURABLE
▼

Diagnóstico *

Ingrese diagnóstico

Fecha diagnóstico y/o declaración de invalidez *

DD/MM/YYYY

Agregar

Nombre completo	Diagnóstico	Fecha	
ASEGURABLE UNO UNO	CUALQUIERA	01/03/2021	<div style="display: flex; gap: 5px;"> ✎ ✖ </div>

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.

Paso 12

Seguro de Vida


Disponible solo cuando se contrata Pólizas de Vida.

En primer lugar, lee y acepta el “Consentimiento al Seguro de Vida” marcando el check box de la aceptación asociada, luego presiona “**Siguiente**”.

Consentimiento Seguro Vida Declaración Beneficiarios

i Información Importante

Aceptación

 Yo, TEST TEST TEST, RUT 13581371-0 por este instrumento autorizo mi incorporación como Asegurado al Seguro Colectivo de Vida contratado por LIGA CHILENA CONTRA LA EPILEPSIA - 70335000-3 con la Compañía de Seguros Vida Cámara S.A. Para tal efecto proporciono los siguientes datos:

Numero de Poliza	Capital asegurado
POL 6607-4	500

Atrás Siguiente

Paso 12

Luego de aceptar el Consentimiento al Seguro de Vida, lee la información asociada a la “**Declaración de Beneficiarios**” y marca el check box de la aceptación asociada, luego presiona “**Siguiente**”.

Consentimiento Seguro Vida

Declaración Beneficiarios

Beneficiarios

1. 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.
2. A falta de designación de Beneficiario por parte del Asegurado, se entenderá como tales a los herederos legales de éste.
3. 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.
4. 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.
5. Esta designación una vez notificada a Compañía de Seguros Vida Cámara S.A. reemplaza cualquiera otra anterior.
6. **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.

Atrás

Siguiente

Paso 12

Beneficiarios

Luego, el sistema preguntará si deseas declarar beneficiarios:

- Si la respuesta es NO, marca la opción y presiona **“Siguiete”**
- Si la respuesta es SI, marca la opción y el sistema desplegará los campos que deberás completar y presiona **“Agregar”**.

A medida que ingreses beneficiarios, estos se listarán en una grilla con la opción de editar y eliminar.

Para continuar, presiona **“Siguiete”**.

Datos Personales ✓

Asegurables Adicionales ✓

Declaraciones ✓

Beneficiarios 4

Resumen 5

¿Desea Declarar beneficiario?

Si No

RUT *

Nombres *

Apellido Paterno * Apellido Materno

Parentesco * Género * % Beneficio *

Dirección

Sector/Villa/Población Número Departamento

Correo Electrónico Teléfono

Agregar

Atrás
Siguiete

IMPORTANTE: El porcentaje de beneficio entre los Beneficiarios ingresados debe ser igual al 100%

Resumen

Por último, podrás ver toda la información ingresada en el **RESUMEN**.

Esta es la última oportunidad para revisar y corregir cualquier información incorrecta.

Revisa que la información esté correcta, lee la aceptación final y manifiesta tu consentimiento mediante la marca del check box.

Luego, presiona “Finalizar” y ¡Listo! Haz completado el Enrolamiento Digital.

Te llegará a tu correo electrónico un resumen de lo llenado.

Datos Personales 
Asegurables Adicionales 
Declaraciones 
Beneficiarios 
Resumen **5** 



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 anteriormente, directamente con la Compañía de Seguros.

DATOS EMPRESA CONTRATANTE

RUT	Razón Social		
99.999.999-9	RAZON SOCIAL EMPRESA		

MIS DATOS

RUT	Nombre completo	Fecha de nacimiento	Genero
18.161.906-6	ASEGURABLE UNO UNO	01/03/1969	FEMENINO

V.INFORMACION IMPORTANTE
 Con la emisión de la solicitud de incorporación, no se obtiene cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento en que esta propuesta sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la póliza. (Circular 1.390 CMF) en la fecha convenida e informada. El presente documento forma parte del contrato de seguros.


Leídas y revisadas todas las informaciones proporcionadas por Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A., y declarando que entiendo que al marcar esta casilla o checkbox, manifiesto mi consentimiento, acepto los términos y condiciones, la política de privacidad y de tratamiento de datos, así como las coberturas, exclusiones y demás condiciones del seguro, por lo que confirmo mi elección de ser incorporado al seguro colectivo.

Atrás

Finalizar

Evaluación

Y como tu opinión es muy importante para nosotros, Evalúanos! y envía cualquier comentario, observación o reclamo, para mejorar tu experiencia.

¡Muchas gracias por participar de este proceso!



COMPLETADO! Ya se envió tu solicitud de incorporación

Para nosotros es importante medir la satisfacción de nuestros clientes, ayúdanos a mejorar **¿Cómo evaluarías el proceso de enrolamiento?**



Danos tu opinión de como fue tu experiencia usando esta herramienta... (opcional)

Cantidad de caracteres 0 / 140

Enviar

