

**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 COLECTIVO CATASTRÓFICO

### TIPO DE INCORPORACIÓN (marque con X)

Solicitud Ingreso Asegurable Titular       Incorporación de Cargas       Actualización de Datos

### 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	Actividad	
Dirección Particular		Nro.	Depto. Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono Celular	Teléfono Particular
Email		Peso (Kg.)	Estatura (mts.)
<b>FORMA DE PAGO REEMBOLSO</b> <input type="checkbox"/> Depósito Bancario <input type="checkbox"/> SERVIPAG  Banco: _____  Nro. Cta. _____		Fecha de Ingreso a la Empresa	
		Fecha Inicio Vigencia (USO VIDA CAMARA)	

### III. ASEGURABLES ADICIONALES

Nombre Completo	R.U.T.	Fecha Nacimiento	Parentesco	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 PAGARA 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 320150700, en la Superintendencia de Valores y Seguros. Usted puede revisar este texto en [www.svs.cl](http://www.svs.cl).

#### IV. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

(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 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 encuentran en proceso de estudio, por enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas y/o cromosomopatías? En caso de respuesta afirmativa, especificar a continuación en el siguiente cuadro:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	---

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

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 o cargas inválidas, éstos no serán incorporados en la Póliza.

Fecha

Firma Asegurable

3. 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? En caso de respuesta afirmativa, especificar a continuación en el siguiente cuadro:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
---	---

- 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.
- Licencias médicas reiteradas o mayor a un mes.
- 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.

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 los datos solicitados en el siguiente cuadro:

NOMBRE COMPLETO ASEGURABLE TITULAR O DEPENDIENTE	ENFERMEDAD Y/O SITUACIÓN DE SALUD	FECHA DIAGNÓSTICO O CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y OTROS ANTECEDENTES

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

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

6. 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"/>
---	---

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

#### 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 de siniestro fuere producto de una de las enfermedades preexistentes o situaciones de salud preexistentes señaladas expresamente por mí en este formulario.

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.

Fecha

Firma Asegurable

## V. DECLARACIÓN DE ACTIVIDADES Y DEPORTES

¿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.
- Faenas pesqueras.
- Faenas forestales.
- Faenas mineras.
- Transporte de valores.
- Automovilismo y afines.
- Deportes de nieve.
- Motociclismo y afines.
- Deportes acuáticos.
- Trabajos en altura o líneas de alta tensión.
- Guardias de seguridad.
- Inmersión submarina.
- Manejo de explosivos.
- Faenadores de animales.
- Deportes ecuestres.
- Fuerzas armadas, de orden y seguridad.
- Deportista profesional.
- Bombero.

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:

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.

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 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:**

--

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 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) 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 CAMARA

Nro. Póliza	Fecha Inicio Vigencia	Evaluador
Código de Planes a utilizar		
		Timbre y Firma Evaluado