

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN SEGUROS DE VIDA Y DE SALUD COLECTIVOS
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



Importante: Usted está solicitando su incorporación como Asegurado a una póliza o contrato de Seguro Colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por **CDS PROVIDENCIA**, directamente con la Compañía de Seguros.

I. INCORPORACIÓN

Tipo de Incorporación Enrolamiento del Asegurado Incorporación de cargas

II. COBERTURA

Vida Salud Dental Catastrófico

III. DATOS DE LA PÓLIZA

| | |
|-------------------------------------|---|
| Nº Póliza 8410 | Nombre de Grupo |
| R.U.T Contratante 69070301-7 | Razón Social CORPORACIÓN DE DESARROLLO SOCIAL DE PROVIDENCIA |

IV. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (Debe completar sus datos personales)

| | | | |
|------------------|---|--|---|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | |
| R.U.T | Renta \$ | Fecha de Nacimiento | Sexo <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc. |
| Peso | Estatura | Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo | Correo Electrónico |
| Celular | Fecha inicio vigencia 01-09-2022 | Fecha contrato Trabajo | |

V. DATOS DE CARGAS DE SALUD (Sólo si la póliza tiene Seguro Complementario de Salud) (Debe completar datos solicitados)

| Ap.Paterno | Ap.Materno | Nombres | RUT | Fecha de Nacimiento | Estatura | Peso | Relación |
|------------|------------|---------|-----|---------------------|----------|------|----------|
| | | | | Día Mes Año | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

VI. DECLARACIÓN DE SALUD

1. Usted o alguien del grupo familiar, padece, ha padecido o está en estudio de: (SÓLO DEBE CONSIDERAR CONDICIÓN DE SALUD DE LA CARGA INFORMADA)

- › Epilepsia, parkinson, vértigo, encefalopatía, esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, aneurismas, encefalitis, neuropatías, parálisis, accidente vascular, derrame cerebral. Transtornos del ánimo, depresión u otras enfermedades psiquiátricas, esquizofrenia, neurosis, psicosis.
- › Enfisema, asma, neumotórax, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibrosis quística, pleuresía, tuberculosis, tos persistente o cualquier enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio.
- › Hipertensión arterial, angina o dolor al pecho, infarto cardiaco, by-pass o angioplastia coronaria, soplo cardiaco, enfermedad reumática arritmia, marcapaso.
- › Várices o tromboflebitis, claudicación intermitente, anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, hemorragias, leucemia, aplasia medular, enfermedad del bazo o médula ósea.
- › Enfermedades del esófago, estómago, intestino, hígado, vesícula, páncreas ictericia, hepatitis B o C, cirrosis, hemorragia digestiva, ulcera colitis ulcerosa, diverticulitis, hernia, varices esofágicas, esófago de Barret, enfermedad de Chron.
- › Pielonefritis, nefritis, cálculos renales, infecciones urinarias, nefrectomía, riñones poliquísticos, insuficiencia renal, malformación de los riñones y/o de las vías urinarias, vejiga, testículos o próstata.
- › Enfermedad de mamas, mioma uterino, endometriosis, quistes ováricos benignos, displasia mamaria, anexitis o enfermedades de transmisión sexual (venéreas), VIH o Sida.
- › Enfermedades de la piel, lesiones ulceradas, eritema nodoso, psoriasis, púrpura, lupus, melanoma, lunar de crecimientos rápidos, pruriginosos o infectados, secuelas de quemaduras, rosácea, acné severo, enfermedad infectocontagiosa en edad adulta (Sarampión, varicela, rubéola, paperas) fiebre tifoidea, meningitis.
- › Enfermedad de huesos, músculos y/o articulaciones, artrosis, artritis reumatoide, gota, ciática, reumatismo.
- › Diabetes, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, síndrome metabólico, obesidad, anorexia, bulimia, colesterol alto, trastornos tiroideos, hipotiroidismo, hipertiroidismo, bocio o enfermedades metabólicas.
- › Cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos, linfomas, enfermedad de los ganglios linfáticos.
- › Cataratas, glaucomas, retinopatía, sordera. Malformaciones congénitas, trasplante de algún órgano. › Embarazo confirmado con fecha actual.

¿Usted o alguien del grupo familiar, padece, ha padecido o está en estudio de alguna de las condiciones mencionadas u otras no especificadas anteriormente?

SI NO

| Ap.Paterno | Ap.Materno | Nombres | Enfermedad | Fecha de Diagnóstico |
|------------|------------|---------|------------|----------------------|
| | | | | Día Mes Año |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

En caso de responder afirmativamente, proceda a declarar los datos solicitados en el cuadro a continuación: **(SÓLO DEBE CONSIDERAR LA CONDICIÓN DE SALUD DE LA CARGA INFORMADA)**

2. Usted o algún miembro del grupo familiar practica alguna actividad o deporte riesgoso, aunque lo haga en forma ocasional y esporádica, considerándose como tales los que requieran del uso de protecciones y/o medidas especiales de seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva: Inmersiones subacuáticas, buceo, artes marciales, alas delta, equitación, parapente, paracaidismo, montañismo o escalada, benji, rodeo, carreras de velocidad (auto, moto, embarcaciones acuáticas, bicicleta, ski de nieve, caballos), ski en helicóptero, manta ray, polo, kite surf, carreras a caballo, ciclismo, bombero, piloto o pasajero de aviación

en esta solicitud de seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por la Compañía. civil, pasajero de aviación comercial en vuelos no regulares o de itinerario no establecido. Estas actividades, deportes o hobbies están excluidas, salvo que sean declarados :

SI NO En caso de responder afirmativamente, proceda a declarar los datos solicitados en el cuadro a continuación:

| Ap.Paterno | Ap.Materno | Nombres | Deporte/Actividad | Frecuencia |
|------------|------------|---------|-------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Fecha **FECHA ENVÍO**

Firma Asegurado Titular **(FIRMAR)**

DECLARACIÓN ESPECIAL

Declaro en mi nombre y en el de las personas incorporadas que estoy en conocimiento acepto y entiendo que la Compañía aseguradora no es ni será nunca responsable del pago del beneficio cuando el siniestro sea consecuencia directa o indirecta de una enfermedad preexistente a la fecha o de la práctica de alguna de las actividades o deportes riesgosos, si ésta es una de las señaladas y declaradas por mi en el cuadro asignado con el número VI precedente. Certifico que los datos declarados son exactos y fidedignos y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía y que una omisión o declaración falsa, errónea o reticencia de mi parte implica la nulidad de la cobertura de este seguro, es decir, la Compañía de Seguros no estará obligada a pagar la indemnización. Autorizo a Seguros de Vida Suramericana S.A. para que en caso de siniestro requiera de información de cualquier persona que en el pasado me haya asistido o atendido por causa de alguna dolencia. Libero a los médicos, clínicas y hospitales de cualquier obligación de reserva sobre antecedentes de mi salud. Autorizo a Seguros de Vida Suramericana S.A. a informar, al contratante de la póliza colectiva, mis antecedentes médicos que fundamenten el rechazo, sobretarifación u otra decisión de la Compañía respecto de la cobertura solicitada. Autorizo a la compañía a enviar correspondencia e información sobre mi cobertura de seguros a través del correo electrónico.

