

SOLICITUD DE INCORPORACION SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SALUD

Fecha Recepción

Solicitud Inicial Asegurable Titular
 Incorporación Cargas
 Modificación de Datos de Capital
 Actualización de Datos Asegurado

Tipo de Seguro (Marcar todos los que correspondan)

Vida
 Salud
 Catastrófico
 Dental

1.- Antecedentes Contratante

Nombre Empresa Rut

IMPORTANTE: Usted se está incorporando como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el contratante individualizado en el cuadro anterior directamente con la compañía de seguros. Por favor completar este formulario con letra impresa y clara. Utilice el mismo lápiz durante todo el proceso y complete con líneas diagonales todos los espacios en blanco.

2.- Antecedentes del asegurado Titular

| | | | | | |
|---|--|-----------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | | Rut | <input type="text"/> |
| Dirección de Contacto | Fecha de Nacimiento | Ciudad | Teléfono | Correo Electrónico | |
| Estado civil: | Sexo | Peso (kgs.) | Estatura (mts.) | Renta Bruta Mensual (\$) | Capital Salariado (UF) |
| <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viudo <input type="radio"/> Divorciado | <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino | | | | |
| Sistema de Salud | Fecha de nacimiento | Fecha ingreso Empresa | Ocupación / Actividad / Cargo | | |
| <input type="radio"/> Fonasa <input type="radio"/> Isapre ¿Cual? | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |

3.- Forma de Pago Reembolso Salud Cheque Depósito

| | | |
|---|-------|--------|
| Tipo de Cuenta | Banco | Cuenta |
| <input type="radio"/> Corriente <input type="radio"/> Ahorro <input type="radio"/> A la vista | | |

4.- Antecedentes del Grupo Familiar

| NOMBRE (Apellidos, Nombres) | Cédula de Identidad | Parentesco | Fecha Nacimiento | Sexo(M-F) | Isapre | Peso | Altura |
|-----------------------------|---------------------|------------|------------------|-----------|--------|------|--------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

5.- Beneficiarios Seguro de Vida (En caso de fallecimiento del Asegurado Titular). Se recomienda designar mayores de Edad.

| NOMBRE (Apellidos, Nombres) | Cédula de Identidad | Parentesco | Fecha Nacimiento | Sexo(M-F) |
|-----------------------------|---------------------|------------|------------------|-----------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Fecha

Firma Asegurable Titular _____

6.- Listado de Preguntas

Debe responder en forma precisa las preguntas de este listado, consignando TODAS AQUELLAS ENFERMEDADES, PATOLOGÍAS O CONDICIONES DE SALUD que le hayan sido DIAGNOSTICADAS MEDICAMENTE a usted y a cada uno de sus beneficiarios, hayan o no requerido tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica, cualquiera sea la fecha de diagnóstico y su estado actual, incluso recuperado y dado de alta. Este listado es sólo referencial, de modo que si usted ha tenido otra enfermedad no indicada aquí, debe ser declarada igualmente.

| Preguntas | Declara |
|--|---|
| 1. Enfermedades mentales o psiquiátricas o del comportamiento: por ejemplo trastornos del ánimo, depresión, intento de suicidio, neurosis, psicosis, esquizofrenia, problemas de dependencias (droga, tabaco, alcohol, etc.) | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 2. Enfermedades del sistema nervioso: por ejemplo, accidentes cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos), aneurismas cerebrales, tumores, quistes, hidrocefalia, TEC, fistulas del líquido céfalo raquídeo, tumor vertebral, tumor de médula o nervios periféricos, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple, neuropatías, jaqueca y/o migraña, meningitis, déficit atencional, o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o de nervios periféricos. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 3. Enfermedades del sistema respiratorio: por ejemplo asma, enfisema, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tuberculosis, alergias respiratorias, sinusitis, enfermedades de las vías respiratorias altas (faringe) o bajas (laringe, tráquea, bronquios, pulmones) o cualquier enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 4. Enfermedades del corazón y sistema circulatorio: por ejemplo infarto del miocardio, enfermedad coronaria, angina de pecho, enfermedad reumática, hipertensión arterial, soplos al corazón, arritmias (palpitaciones), accidentes cerebrovasculares, aneurismas, várices, flebitis, úlceras vasculares o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 5. Enfermedades del sistema digestivo: por ejemplo, úlcera al estómago o duodeno, tumores del estómago o del intestino, hemorragias digestivas, hemorroides, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, pancreatitis, cálculos biliares, hepatitis, cirrosis, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo, como esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, vía biliar, páncreas. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 6. Enfermedades ginecológicas y de las mamas: por ejemplo, tumores, quistes, cáncer, miomas, endometriosis, endometritis o cualquier enfermedad de este sistema como enfermedades del útero, de la mama y ovarios. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 7. Enfermedades renales o del sistema genitourinario: por ejemplo, nefritis, cristitis, cálculo al riñón, hiperplasia, adenoma o cáncer de la próstata, varicocele, tumores renales, vesicales o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 8. Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular: por ejemplo, lumbago, lumbociática, gota, artritis, artrosis, reumatismo, fracturas hernia del núcleo pulposo, síndrome del túnel carpiano, enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 9. Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético: por ejemplo, anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, linfoma, leucemia o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema hematopoyético como los ganglios, vasos linfáticos y el bazo. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 10. Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas: por ejemplo, hipotiroidismo o hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulínica, enfermedad de Addison, tumor de la hipófisis o tiroides, o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 11. Malformaciones y/o enfermedades congénitas: por ejemplo, labio leporino, pie bot, displasia de cadera, cardiopatías congénitas, síndrome de Down, o cualquier otra anomalía, defecto físico o anomalía congénita. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 12. Tumores y/o enfermedades oncológicas: por ejemplo, cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 13. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo: por ejemplo, hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, dermatitis, acné severo, melanoma, rosácea u otras enfermedades dermatológicas. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 14. Enfermedades del oído, nariz y garganta: por ejemplo, otitis, sordera, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz o garganta. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 15. Enfermedades oculares: por ejemplo, miopía, astigmatismo, hipermetropía, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 16. Enfermedades infecciosas o parasitarias: por ejemplo, sífilis, gonorrea, rubeola, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, Hidatidosis, VIH positivo, SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 17. Enfermedades del embarazo, parto o puerperio: por ejemplo, embarazo molar, preclamsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, asfisia neonatal, parto prematuro. ¿Alguna de las beneficiarias identificadas en la Sección 4 de este formulario está embarazada actualmente? | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 18. Traumatismos, accidentes y quemaduras: Indique cualquier accidente, con o sin secuelas, detallando si es de origen laboral o no, deformidad adquirida, TEC, fracturas. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 19. Cirugías estéticas: por ejemplo, rinoplastia, lipoaspiración, implantes mamarios, abdominoplastia o cualquier otra cirugía con fines de embellecimiento. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 20. Infertilidad o Esterilidad: Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha recibido o está en tratamiento de fertilidad por infertilidad o Esterilidad. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 21. Licencias médicas anteriores: ¿Ha tenido Ud. o alguno de sus beneficiarios licencias médicas en los últimos 24 meses? Si su respuesta es afirmativa indique diagnóstico y número de días de la(s) licencia(s) | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 22. Indique Hospitalizaciones anteriores. Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo que diagnóstico. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |
| 23. Prótesis, Órtesis: señale si utiliza usted o cualquiera de sus beneficiarios algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audífonos, lentes ópticos, marcapaso, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas. | <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No |

En caso que usted o alguno de los asegurables adicionales propuestos padezca, haya padecido, le haya sido diagnosticada, o esté en conocimiento de haber padecido o padecer actualmente alguna de las enfermedades o situaciones antes enunciadas u otras indicadas, deberá especificar a continuación en el siguiente cuadro especialmente destinado al efecto, los siguientes datos:

| Nombre Asegurable | Enfermedad o Diagnóstico | Fecha Diagnóstico | Condición Actual de Salud | Otros Tratamientos | Antecedentes | Uso Exclusivo CRUZBLANCA |
|-------------------|--------------------------|-------------------|---------------------------|--------------------|--------------|--------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Fecha

Firma Asegurable Titular _____

IMPORTANTE OBSERVACIONES AL SEGURO DE SALUD

AL CONTRATAR O INCORPORARSE A ESTE SEGURO DE SALUD, USTED DEBE TENER PRESENTE LO SIGUIENTE: 1- ESTE ES UN SEGURO VOLUNTARIO, QUE REEMBOLSA SOLO GASTOS MEDICOS CUBIERTOS POR ESTA POLIZA 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. ES COMPLEMENTARIO A LAS COBERTURAS ISAPRE O FONASA 3.- ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO ES IMPORTANTE QUE USTED SE INFORME Y TENGA CLARIDAD SOBRE LOS SIGUIENTES ASPECTOS: DURACION DE ESTE SEGURO./ COMO Y BAJO QUE CONDICIONES SE RENUEVA ESTE SEGURO./ DE QUE MANERA SE VA A REAJUSTAR EL COSTO DE ESTE SEGURO, EN CASO DE RENOVACION./ EN QUE CASOS NO SE PAGA 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.

ESTE SEGURO:

NO CONTEMPLA RENOVACION GARANTIZADA.

SI PODRA AUMENTAR LA PRIMA (PRECIO) EN CASO DE RENOVACION DE LA POLIZA

SI CONSIDERA LA SINIESTRALIDA INDIVIDUAL PARA EL AUMENTO DE LA PRIMA EN CASO DE RENOVACION

NO CUBRE PREEXISTENCIAS

5.- LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE SEGURO SE ENCUENTRAN DEPOSITADAS, CON EL CODIGO SEGUN CORRESPONDA AL SEGURO CONTRATADO E INDICADO EN CONDICIONES PARTICULARES Y CERTIFICADO DE COBERTURA, EN LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS. USTED PUEDE REVISAR ESTE TEXTO EN WWW.SVS.CL

ACEPTACIÓN ESPECIAL

Tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad preexistente y/o situación de salud preexistente, declarada precedentemente, implica que respecto de ellas 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 mí en este formulario.

Entiendo y concuerdo que cualquier omisión o reticencia, declaración falsa, errónea o inexacta 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 la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada. Asimismo autorizo a CruzBlanca Seguros de vida S.A para solicitar a cualquier médico, hospital, clínica u otra institución información sobre el estado de salud de alguno de los asegurados propuestos. Finalmente, declaro que ninguno de los asegurables propuestos ha sido rechazado como asegurado por alguna compañía aseguradora de vida durante los últimos 24 meses.

Estoy en conocimiento que el texto de la póliza contratada por mí empleador contiene otras exclusiones de cobertura, adicionales a las que da cuenta este formulario y respecto de los cuales se me ha señalado que debo informarme adecuadamente.

Fecha

Firma Asegurable Titular _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Por este acto según lo dispuesto por la ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada y sus modificaciones, doy mi consentimiento y autorización expresa para que CruzBlanca Seguros de vida S.A y sus representantes, sucesores o cesionarios puedan proceder a la transmisión o transferencia de fondos o parte de los datos personales e información que declaro haber entregado voluntariamente a su disposición, a cualquiera terceros prestadores de servicios que estuvieran ubicados dentro o fuera de Chile, para efectos de poder hacer efectivo el (los) beneficios (s) que pueden estar asociados al seguro contratado, así como para efectos de almacenamiento de la información.

Fecha

Firma Asegurable Titular _____

AUTORIZACIÓN DE LA INCORPORACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA

APROBACIÓN COMPAÑÍA ASEGURADORA

Fecha

Firma del Representante Contratante

Firma y timbre Representante CruzBlanca Seguros de Vida S. A.

Cruzblanca Seguros de Vida S.A se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo propuesto o bien establecer restricciones o limitaciones especiales a la cobertura. En caso de establecerse alguna restricción o limitación de cobertura, ésta deberá constar en una declaración especial que debe ser firmada por el asegurable. En estos casos, la vigencia de la cobertura individual de este seguro solo comenzará a regir una vez que la Compañía Aseguradora haya aceptado el riesgo y el asegurado haya firmado la declaración especial antes indicada.

La declaración especial indicada en el párrafo precedente no será necesaria para aquellos en los cuales el pago de la prima sea integrante cubierto por la empresa contratante, pudiendo igualmente la Compañía Aseguradora establecer restricciones o limitaciones de cobertura para el asegurado.

Las condiciones Generales del Seguro se encuentran incorporadas en el depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo los códigos POL y CAD contratados.