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.

VidaCámara®
Construyendo juntos tu Tranquilidad
SOMOS CChC

Fecha Recepción Compañía | | | |

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE SEGUROS COLECTIVOS

(Sin cobertura de preexistencias)

TIPO DE INCORPORACIÓN (Marque con x)

☐ Solicitud Ingreso Asegurable Titular ☐ Incorporación de Cargas ☐ Actualización de datos

COBERTURAS (Marque con x las opciones correspondientes)

☐ Complementario Salud ☐ Adicional Dental

☐ Vida ☐ Ampliación Cobertura de Salud

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.)
FORMA DE PAGO REEMBOLSO COMPLEMENTARIO DE SALUD		Fecha de Ingreso a la Empresa	Renta
☐ Depósito Bancario ☐ SERVIPAG		Fecha Inicio Vigencia (USO VIDA CÁMARA)	
Banco: _____			
Nro Cta.: _____			

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:

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:

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.

5. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL320131486 y Cláusula Adicional CAD20131487, si correspondiere, en la Superintendencia de Valores y Seguros. Usted puede revisar este texto en 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 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?	☐ **SI** ☐ **NO**

- 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 y 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.
- Alguna otra enfermedad o condición de salud que no esté clasificada en este listado.

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 u otras no indicadas, deberá especificar a continuación en el cuadro los siguientes datos:

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

2. ¿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 u otra no especificada? En caso de respuesta afirmativa, especificar en el recuadro de más adelante.	☐ **SI** ☐ **NO**
3. ¿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** ☐ **NO**
4. ¿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** ☐ **NO**

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 ASEGURADOS

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, o se encuentra con calidad de carga inválida (duplo) en alguna Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) u otro Organismo Competente? En caso de respuesta afirmativa, especificar a continuación en el siguiente cuadro.	☐ **SI** ☐ **NO**

NOMBRE COMPLETO ASEGURABLE TITULAR O DEPENDIENTE	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 declarado enfermedades, padecimiento o malformaciones congénitas y/o cromosomopatías o cargas inválidas, éstos no serán incorporados en la Póliza.

Fecha | | | |

_____

Firma Asegurable

VI. 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
- Bungee
- Buceo
- Alas deltas
- Parapente
- Jeep funrace
- Faenas pesqueras
- Deportista profesional
- 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
- Bombero
- Guardias de seguridad
- Inmersión submarina
- Manejo de explosivos
- Faenadores de animales
- Deportes ecuestres
- Fuerzas armadas, de orden y seguridad

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

VII. CONSENTIMIENTO Y DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGUROS DE VIDA

DATOS DEL CONTRATANTE

Razón Social	R.U.T.

Nro de Póliza	Capital Asegurado Vida
	UF: Rentas:

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

Fecha | | | |

_____

Firma Asegurable

BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.

Relación/Parentesco	Email	% de Beneficio

Dirección	Nro	Depto.	Sector/Villa/Población

Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.

Relación/Parentesco	Email	% de Beneficio

Dirección	Nro	Depto.	Sector/Villa/Población

Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.

Relación/Parentesco	Email	% de Beneficio

Dirección	Nro	Depto.	Sector/Villa/Población

Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/Parentesco	Email		% de Beneficio
Dirección	Nro	Depto.	Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	

- 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.
- A falta de designación de Beneficiarios por parte del Asegurado, se entenderá como tales a los herederos legales de éste.
- El Asegurado podrá cambiar de Beneficiarios cuando lo estimen conveniente, dando aviso por escrito al Asegurador mediante el formulario dispuesto para ello o través 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 oponible 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 cualquier otra anterior.

RECOMENDACIÓN:

Recomendamos para una mayor agilidad en el pago del siniestro, dejar como Beneficiarios 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.

Fecha | | | |

Firma Asegurable

VIII. 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 Vida Cámara S.A. para rechazar el pago de la indemnización reclamada. Por lo mismo, autorizo a la Compañía de Seguros 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 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 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 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

IX. 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 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 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 CÁMARA

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