

Fecha Solicitud:

IMPORTANTE: Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o Contrato de Seguro Colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el CONTRATANTE, directamente con la Compañía de Seguros. **TODOS LOS CAMPOS SON OBLIGATORIOS**

1. TIPO DE SOLICITUD

☐ Modificación datos asegurado ☐ Modificación Capital ☐ Ingreso de Titular/Carga

2. DATOS EMPRESA CONTRATANTE

Nombre

RUT Contratante

Razón Social

3. DATOS DE LA PÓLIZA

COBERTURAS SOLICITADAS

N° Póliza	Nombre de Grupo	☐ Vida	☐ Catastrófico	☐ Salud	☐ Dental
N° Póliza	Nombre de Grupo	☐ Vida	☐ Catastrófico	☐ Salud	☐ Dental
N° Póliza	Nombre de Grupo	☐ Vida	☐ Catastrófico	☐ Salud	☐ Dental
N° Póliza	Nombre de Grupo	☐ Vida	☐ Catastrófico	☐ Salud	☐ Dental

4. ANTECEDENTES DE ASEGURABLE TITULAR

RUT	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Fecha Nac.	Peso (kg)	Estatura (mt)	Sexo (F/M)

5. ANTECEDENTES DE ASEGURABLES

(*Según póliza contratada)

RUT	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Relación	Fecha Nac.	Peso (kg)	Estatura (mt)	Sexo (F/M)

6. OTROS ANTECEDENTES DEL ASEGURABLE TITULAR

Dirección:		Comuna:		Ciudad:	
Institución de Salud:		Renta Bruta:		Capital UF:	
Celular:	(+56)	Correo Electrónico:			

7. FORMA DE PAGO REEMBOLSOS DE SALUD

☐ Cheque ☐ Depósito Tipo de cuenta: ☐ CORRIENTE ☐ AHORRO ☐ VISTA Banco: N°:

8. BENEFICIARIOS SEGUROS DE VIDA (En caso de fallecimiento del titular). Se recomienda designar mayores de edad. (*Solo si existe cobertura de VIDA)

RUT	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Relación con Titular	Porcentaje (%)	Total 100%

9. DECLARACIÓN SIMPLE DE SALUD

(*Solo grupo asegurado)

¿Usted o alguien de su grupo familiar asegurado padece o ha padecido alguna de las enfermedades, situaciones o condiciones de salud que se detallan en el listado siguiente, o actualmente se encuentra sometido a un diagnóstico en estudio para alguna patología?

IMPORTANTE: Conforme a la Ley N° 21.656, que consagra el derecho al olvido oncológico, para responder esta pregunta no considerar patologías oncológicas cuando hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.

¿Usted ha tenido algún cambio, malestar físico o alguna otra dolencia en los últimos tres meses sin consulta médica, estudio o diagnóstico?

SI

NO

☐

☐

☐

☐

Listado

1. Enfermedad del sistema vascular y/o cardiovascular:

Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, arritmia cardíaca, valvulopatía cardíaca, injerto aórtico, revascularización coronaria, aneurisma, hipertensión pulmonar, insuficiencia venosa (várices), angioplastia coronaria, enfermedad obstructiva de arterias periféricas, enfermedad reumática u otra enfermedad del sistema vascular y/o cardiovascular.

2. Cáncer o Tumor:

Cáncer, linfoma, leucemia, mieloma u otro tumor maligno en cualquier localización o grado. Otros tumores tales como nódulo, quiste, pólipos y lesiones de la piel de cualquier naturaleza.

3. Enfermedad del sistema respiratorio:

Enfermedad bronquial obstructiva crónica, asma, fibrosis pulmonar, enfisema pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc), tuberculosis, bronquiectasia u otra enfermedad del sistema respiratorio.

4. Enfermedad gastrointestinales y del hígado:

Hepática, vesícula y del páncreas, hemorragia digestiva, úlcera gastroduodenal, reflujo, daño hepático crónico (hepatitis crónica, cirrosis hepática, etc.), colitis ulcerosa o enfermedad de crohn, pólipos intestinales, hemorroides, pancreatitis, gastropatía crónica, esofagitis u otra enfermedad gastrointestinal.

5. Enfermedad del sistema nervioso central y/o periférico:

Epilepsia, meningitis, vértigos, desmayos, neurocirugía previa, convulsiones,

jaquecas, trastornos del habla, hemiplejía, hemiparesia, parálisis, neuropatías, párkinson, accidente vascular encefálico (ataque o infarto cerebral), demencia, enfermedad de alzhéimer, secuelas de traumatismo encéfalo craneano, encefalopatías u otra enfermedad del sistema nervioso central y/o periférico.

6. Enfermedad de la sangre o infecciosa:

Anemia severa, alteraciones de la coagulación, hemorragia, hemofilia, histiocitosis, fiebre reumática, enfermedad venérea, hepatitis, SIDA y/o HIV positivo u otra enfermedad de la sangre o infecciosa.

7. Enfermedad del sistema endocrino o metabólico:

Enfermedad hipofisiaria, insuficiencia suprarrenal, resistencia a la insulina, diabetes, prediabetes, enfermedades de la tiroides y de otras glándulas endocrinas, obesidad, tratamiento hormonal, gota u otra enfermedad endocrina o metabólica

8. Enfermedad del sistema genitourinario:

Enfermedades del riñón, uretra, uréteres, esfínter, vejiga, testículo, próstata, útero, ovarios, trompas o genitales externos, mamas, infecciones urinarias a repetición, litiasis renal, prostatitis, hiperplasia prostática, nefropatías, insuficiencia renal aguda o crónica, pielonefritis, nefrectomía, riñones poliquísticos, pólipos cervicales o endometriales, quistes, nódulos u otra enfermedad del sistema genitourinario.

9. Enfermedad psiquiátrica o mental:

Trastorno del ánimo/humor (depresión, déficit

mental, trastorno bipolar, etc.), esquizofrenia, dependencia a sustancias psicoactivas (alcohol, marihuana, drogas, u otras), anorexia, bulimia, trastornos de personalidad, adaptación, crisis de pánico, trastornos de ansiedad, psicopatías u otra enfermedad psiquiátrica o mental.

10. Enfermedades del sistema musculo esquelético o reumatológicas:

Discopatía de columna, hernia de columna, estenorraquis, espondilo artrosis, secuela traumática a la columna, tendinopatía, meniscopatía, fibromialgia, distrofia muscular lupus eritematoso, síndrome de sjögren, mesenquimopatías, artrosis de las articulaciones artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, esclerosis múltiple, esclerodermia u otra enfermedad autoinmune.

11. Enfermedades de los órganos de los sentidos:

Cataratas, glaucoma, retinopatía, maculopatía, alta miopía, ceguera, estrabismo, hipoacusia, sordera, adenoides, pólipos nasales, desviación septal u otra enfermedad de los oídos, ojo, garganta o nariz.

12. Embarazo o puerperio:

Embarazo en curso, complicaciones del embarazo tales como eclampsia, embarazo molar, preeclampsia o diabetes gestacional u otras complicaciones.

13. Trasplantes:

Trasplante de órganos mayores tales como corazón, riñón, hígado pulmón u otros trasplantes.

DEBE SER LLENADO POR EL CONTRATANTE

DEBE SER LLENADO POR EL ASEGURADO TITULAR

Página 1/3

FSUC001- 30062025

RUT	N° de listado	Enfermedad, Diagnóstico o situación de Salud (dar detalles)	Fecha Diagnóstico	Condición Actual	Tratamientos (Especificar)

10. DEPORTE Y ACTIVIDADES RIESGOSAS

*(Solo grupo asegurado)

¿Usted o alguien de su grupo familiar, practica algún deporte y/o realiza alguna actividad riesgosa de forma habitual o esporádica según el siguiente listado?

SI

NO

Código*- Deporte y/o Actividad riesgosa.

1. Alpinismo

2. Automovilismo en cualquier de sus prácticas.

3. Bombero

4. Buceo

5. Bungee jumping

6. Caza o pesca en condiciones extremas

7. Ciclismo de montaña

8. Deportista Profesional según ley N° 19.712

9. Escalada en roca
10. Esquí y snowboard fuera de pista.

11. Faena Minera

12. Faena Pesquera

13. Faenado de Animales

14. Guardia de Seguridad

15. Kitesurf

16. Manejo de explosivos

17. Minas y trabajos subterráneos

18. Montañismo
19. Motociclismo y sus derivados

20. Paracaidismo o Alas Delta

21. Pilotaje de aeronaves civiles

22. Rafting

23. Surf

24. Trabajo en Alturas

25. Trabajo en líneas de alta tensión

26. Transporte de Valores

RUT (Titular o carga que practica)	Código* (N° Anterior a Actividad)	Deporte o actividad riesgosa practicada	Frecuencia

ACEPTACIÓN ESPECIAL EN CASO QUE ESTA SOLICITUD SEA ACEPTADA POR LA COMPAÑÍA:

Tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad preexistente, situación de salud preexistente, deporte y/o actividad declarada precedentemente, implica que respecto de ella(s) los beneficios de este seguro no operarán si la causa del siniestro fuere producto de una de las enfermedades preexistentes, situaciones de salud preexistentes, deporte o actividades riesgosas señaladas expresamente por mí en este formulario, de lo que se acoge a la Ley N°21.656, que consagra el derecho al olvido oncológico.

También acepto que, en caso de no declarar, en este formulario, mis enfermedades preexistentes, situaciones de salud preexistentes, deportes o actividades riesgosas, así como las de mi grupo familiar, significará 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 de los puntos 9 y 10 de este formulario.

Confirmo en mi nombre, y en el nombre de mi grupo familiar, la exactitud y veracidad de las declaraciones arriba expresadas y que nada he ocultado, omitido o disimulado.

Autorizo a la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. a solicitar todos aquellos antecedentes y exámenes médicos que considere necesarios para la evaluación del riesgo propuesto.

Estoy en conocimiento que el texto de la póliza contratada por el Contratante contiene otras exclusiones de cobertura adicionales a las que da cuenta este formulario, las cuales he tenido a la vista en anexo a esta solicitud.

El capital solicitado será determinado por la Compañía luego de la evaluación de la presente solicitud.

Para los efectos del pago directo al prestador de salud, autorizo o mandato a la compañía de seguros, para que, en caso de existir convenio que así lo permita, la compañía de seguros pague directamente el monto al prestador de salud. Asimismo, autorizo para que el prestador de salud envíe directamente a la compañía de seguros la información sobre mi salud que sea requerida para efectuar la liquidación y pago de las facturas.

Firma Asegurable Titular Fecha:	Firma y Timbre Contratante Fecha:
---	---

11. VIGENCIA

Esta solicitud no otorga cobertura inmediata y no conlleva la inmediata aceptación de Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. La vigencia de este seguro comienza solo cuando la compañía evalúe y autorice su incorporación a la póliza Colectiva. Asimismo, entiendo y acepto que este documento no corresponde a un certificado de Cobertura.

12. EXCLUSIONES

Se aplicarán a este seguro las exclusiones contempladas en las Condiciones Generales y Clausulas adicionales incorporadas al depósito de pólizas de la Comisión de Mercado Financiero, según corresponda a la cobertura contratada, las que el Asegurable declara haber tenido a la vista previo a la contratación del presente seguro.

13. PRIMAS Y DEDUCIBLES

Se aplicarán a este seguro las primas y deducibles establecida en las Condiciones Particulares, que el asegurado declara haber tenido a la vista para la contratación del presente Seguro.

IMPORTANTE:

Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por su empleador directamente con la compañía de seguros.

- 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 con su empleador 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:

NO	contempla renovación garantizada.
SI	podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
SI	considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.
NO	cubre preexistencias, siempre y cuando las condiciones particulares de ser póliza indiquen lo contrario.

Las Condiciones Generales de la póliza con el detalle de las exclusiones del seguro se encuentran incorporadas al depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero (www.cmfchile.cl) bajo los siguientes códigos según corresponda:

POL 320220123; Complementario de Salud y extensión catastrófica, POL 320240013; Complementario de Salud y extensión catastrófica, CAD 320180077; Dental, POL 320220126; Catastrófico, POL 320240118; Catastrófico con Definición de patologías.

Para Vida y sus adicionales:

POL 220130974; Vida, POL 220170060; Vida, CAD 220131577; Beneficio por Accidente, CAD 220131581; Invalidez Accidental, CAD 220131583; Invalidez Total y Permanente 2/3, CAD 220131585; Invalidez Total y Permanentes al 80%, CAD 220131587; Muerte Accidental, CAD 220140434; Protección Oncológica, CAD 220160178; Reembolso Gastos Funerarios, CAD 220170156; Reembolso Licencias Médicas.

La Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la pagina web www.aach.cl.

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl.

Notas:

(1) Si no conoce el nombre del grupo, indique los nombres de las coberturas contratadas (Ejemplo: Vida, Salud, Dental, Etc.)

COMUNICACIONES Y USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

Otorgo autorización a las compañías de seguros, corredora de bolsa, banco y demás Empresas pertenecientes al grupo Consorcio Financiero S.A. a que se recopile toda información, antecedentes y datos de carácter personal suministrados en este acto o durante la vigencia de cualquiera de los productos contratados con ellos, autorizando y aceptando expresamente la transmisión y almacenamiento de los mismos en Chile como en el extranjero, incluidos aquellos sujetos a secreto o reserva bancaria. Asimismo, a realizar todos los actos entre dichas compañías que sean necesarias para transmitir, comunicar, compartir, almacenar, conservar, procesar, modificar, actualizar, así como todo otro acto regulado en la Ley 19.628, para el adecuado cumplimiento de los siguientes propósitos: Enviar a la dirección física, correo electrónico y/o número de telefonía móvil, todos aquellos antecedentes relacionados con los productos contratados y cualquier otro tipo de información comercial y/o promocional sobre cualquier producto servicio ofrecido al público, sea con el propósito de informarlo, con el fin de poder conocerlos, acceder a sus condiciones objetivas, precios y tarifas, consultar sobre sus características relevantes, cotizarlos y/o contratarlos por cualquiera de las Empresas pertenecientes al Grupo Consorcio Financiero S.A.

El Cliente se compromete a mantener los datos actualizados y exactos, como también a informar de modificaciones respecto a la información relativa a ella, tan pronto como sea posible.

Así mismo declaro conocer y aceptar que si no deseo recibir información comercial de las compañías pertenecientes al grupo empresarial me encargaré personalmente de cancelar mi suscripción de comunicaciones enviando un mail a la casilla remover@consorcio.cl.

Por su parte, las compañías del grupo empresarial de Consorcio Financiero S.A. se obligan a no utilizar los datos suministrados en este acto para otro fin que aquellos señalados precedentemente, ni a ceder, transferir o compartir dicha información con terceras personas diferentes a las indicadas en este documento.

Uso Exclusivo Consorcio

Firma del Asegurable