SOLICITUD DE INCORPORACIÓN SEGUROS COLECTIVOS

AVDA. EL BOSQUE SUR 180 • LAS CONDES, SANTIAGO • Call Center: 600 221 3000 • www.consorcio.cl

DEBE SER LLENADO POR EL CONTRATANTE

DEBE SER LLENADO POR EL ASEGURADO TÍTULAR

Fecha modificación

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**

TIMBRE RECEPCION CNS	FOLIO CNS

Exclusivo Consorcio

1. TIPO DE SOLICITUD

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

2. CONTRATANTE

Nombre	RUT Contratante	Razón Social

3. DATOS DE LA PÓLIZA

N° Póliza	Nombre de Grupo	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 DEL ASEGURADO TITULAR

RUT	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno		
Estado Civil	Fecha de Nacimiento	Peso (kg)	Estatura (mt)	Sexo -	Institución de Salud
Capital UF	Renta Bruta $	Celular	Email		
Dirección Particular		Comuna	Ciudad		
¿Realiza alguna actividad paralela o deporte de riesgo? (Detalle).					

5. FORMA DE PAGO REEMBOLSOS DE SALUD

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

6. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO DEPENDIENTE

(*Según póliza contratada)

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

7. 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%

8. DECLACIÓN SIMPLE DE SALUD *(Solo grupo asegurado)

	SI	NO
¿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 (códigos) 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 un cambio o malestar físico en los últimos tres meses sin consulta médica o diagnóstico?	☐	☐

1. Tumores, Cáncer
2. Dermatológicas
3. Respiratorias
4. Sanguineas, Ganglios, Linfáticas
5. Digestivas
6. Renales, Urinarias, Genitales
7. Reumatológicas
8. Endocrinológicas, Metabolismo
9. Cardiacas, Vasculares, Circulatorias
10. Articulares, Oseas, Musculares
11. Infecciosas Virales
12. Bacterianas, Parasitarias
13. Oftalmológicas
14. Sistema Nervioso
15. Embarazo
16. Psiquátricas, Neurológicas
17. Nutrición, Obesidad
18. Oídos, Nariz, Garganta, Boca
19. Enfermedades Sistema Oseo
20. Licencias médicas reiteradas o mayor a 1 mes.
21. Tumor Benigno

*Otras patologías no asociadas ni relacionadas con las anteriores

RUT	Código	Enfermedad o Diagnóstico (detalle)	Fecha Diagnóstico	Condición Actual	Tratamientos (Especificar)

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

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 del siniestro fuere producto de una de las enfermedades preexistentes o situaciones de salud preexistentes 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 o las situaciones de salud preexistentes, 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 del punto 6 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 Solicitud	Firma y timbre Contratante	Evaluación y Resolución Médica
Fecha:	Fecha:	Exclusivo Consorcio Fecha:

FSUC001- 19112024

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:

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.

5. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas, en la Superintendencia de Valores y Seguros, con el código según corresponda a la cobertura contratada, las que se detallan en el Certificado de Cobertura. Usted puede revisar este texto en www.cmfchile.cl

9. DATOS ADICIONALES

¿Tienes Mascotas ? ☐ NO ☐ SI (Si tu respuesta es afirmativa completa)
☐ Perro ☐ Gato ☐ Otro: _____

¿Practicas deportes? ☐ NO ☐ SI (Si tu respuesta es afirmativa completa)

Selecciona los deportes que prácticas:

☐ Ciclismo	☐ Esquí y/o Snowboard	☐ Fútbol	☐ Gimnasio	☐ Motociclismo
☐ Trekking	☐ Running	☐ Paracaidismo	☐ Parapente	☐ Bodyboard
☐ Buceo	☐ Surf	☐ Tenis	☐ Otro: _____	

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 página 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 tambien 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