



Seguros

N° 1101112

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 imprenta 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

Formulario with fields: Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombres, Rut, Dirección de Contacto, Fecha de Nacimiento, Ciudad, Teléfono, Correo Electrónico, Estado civil, Sexo, Peso (kgs.), Estatura (mts.), Renta Bruta Mensual (\$), Capital Salariado (UF), Sistema de Salud, Fecha de nacimiento, Fecha ingreso Empresa, Ocupación / Actividad / Cargo.

3.- Forma de Pago Reembolso Salud Cheque Depósito

Formulario with fields: Tipo de Cuenta, Banco, Cuenta, and radio buttons for Corriente, Ahorro, A la vista.

4.- Antecedentes del Grupo Familiar

Table with columns: 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.

Table with columns: 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 MÉDICAMENTE 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.

Table with 2 columns: Preguntas and Declara. Contains 23 numbered questions about various medical conditions with 'Si' and 'No' response options.

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:

Table with 7 columns: Nombre Asegurable SEGUROS, Enfermedad o Diagnostico, Fecha Diagnostico, Condición Actual de Salud, Tratamientos, Otros Antecedentes, Uso Exclusivo BUPA.

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

Tomó 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 Bupa Compañía de 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 mi 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 Bupa Compañía de 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 Bupa Compañía de Seguros de Vida S. A.

Bupa Compañía de 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.