

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN COLECTIVO DE VIDA Y SALUD



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

Fecha Recepción

Tipo de Seguro (Marcar todos los que correspondan)

☐ Vida

N° Póliza

☐ Salud

N° Póliza

☐ Catastrófico

N° Póliza

☐ Dental

N° Póliza

1 Antecedentes Contratante

Nombre Empresa

Fundación para el Modelamiento Matemático

RUT

65.230.573-3

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 (Postulante al seguro)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

RUT

Fecha de Nacimiento

Dirección

Ciudad

Teléfono

Correo Electrónico

Estado Civil ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Conviviente civil Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

Peso (kgs.)

Estatura (mts.)

Renta Bruta Mensual (\$)

Capital (UF)

Sistema de Salud ☐ Fonasa ☐ Isapre ☐ Otra

Fecha ingreso Empresa

Fecha inicio vigencia

Ocupación / Actividad / Cargo

3 Forma de Pago Reembolso Salud

☐ Cheque

☒ Depósito

☐ Vale vista

Tipo de cuenta

☐ Corriente

☐ Ahorro

☐ Vista

Nombre de Banco

Cuenta N°

4 Antecedentes del Grupo Familiar

Nombre

(Apellidos, Nombres)

Cédula

de Identidad

Parentesco

Fecha de nacimiento

Sexo (M/F)

Isapre

Peso

Estatura

**Solo si incorpora Carga
ingresa los datos**

5 Beneficiarios Seguro de Vida ((En caso de fallecimiento del asegurado titular. Se recomienda designar personas mayores de edad))

Nombre (Apellido, Nombre)	Cédula de Identidad	Parentesco	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	% Beneficio

Ingresar beneficiario(s)

Al designar más de un beneficiario, se debe indicar el porcentaje (%) del beneficio que corresponderá a cada uno de ellos al momento del siniestro, debiendo la suma de todos los porcentajes ser igual a 100%. (Sólo válidas para coberturas de fallecimiento y muerte accidental).

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN COLECTIVO DE VIDA Y SALUD



6 Listado de Preguntas

Debe responder en forma precisa las preguntas de este listado, considerando TODAS AQUellas ENFERMEDADES, PATOLOGÍAS O CONDICIONES DE SALUD que le hayan sido DIAGNOSTICADAS MÉDICAMENTE a usted y a cada uno de sus beneficiarios, haya o no requerido tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica, cualquiera sea la fecha de diagnóstico y su estado actual, incluso recuperado y libre de ella. TRATAMIENTOS DE PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS, DEBE DECLARAR TODAS AQUellas ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS QUE LE HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS, HAYAN REQUERIDO O NO TRATAMIENTO, A MENOS QUE HAYAN TRANSCURRIDO 5 AÑOS DESDE LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO RADICAL SIN RECÍDICA POSTERIOR, CASO EN EL CUAL NO DEBE DECLARARLAS.

Este listado es sólo referencial, de modo que si usted ha tenido otra enfermedad no incluida aquí, debe ser declarada igualmente.

Preguntas

Declara

1. Enfermedades mentales o psiquiátricas o del comportamiento , por ejemplo: trastornos del ánimo, trastorno bipolar, trastorno adaptativo, trastornos alimentarios, depresión, intento de suicidio, nervios, pánico, esquizofrenia, problemas de dependencia (alcohol, tabaco, drogas) etc.)	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
2. Enfermedades del sistema nervioso , por ejemplo: accidentes cerebrovasculares (isquemicos o hemorrágicos), aneurismas cerebrales, quistes, hidrocefalia, traumatismo encefalo Craneo (TEEC), lesiones del líquido cefalorraquídeo, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple, neuropatías, parálisis y/o inestabilidad, delirio atencional, o cualquier otra enfermedad del cerebro, cerebelo, médula 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, fibrosis quística, 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, raptos al corazón, valvulopatías, arritmias (palpitaciones), accidentes cerebrovasculares, aneurismas, sclerosis, trombosis, coágulos 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, hemorragias digestivas, hernias, 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, vena biliar, páncreas.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
6. Enfermedades ginecológicas y de las mamas , por ejemplo: quistes, miomas, endometriosis, endometritis o cualquier enfermedad de este sistema como enfermedades del útero, de la vagina y ovarios.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
7. Enfermedades renales o del sistema genitourinario , por ejemplo: nefritis, cistitis, cálculos al riñón, hiperplasia o adenoma de la próstata, varicocele, vesiculitis o testiculitis o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, ureter, 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, distonías del cuello/carpiano, enfermedades reumáticas 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 o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema hematopoyético como los glóbulos, vasos sanguíneos y el bazo.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
10. Enfermedades endocrinas , patológicas o metabólicas, por ejemplo: hipotiroidismo o hipertiroidismo, bocio, diabetes mellitus, obesidad, diabetes, anorexia, bulimia, resistencia insulínica, enfermedad de Addison o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
11. Enfermedades oncológicas , por ejemplo: cáncer de cualquier localización, linfoma, Hodgkin, linfoma no Hodgkin, leucemia, mieloma múltiple, mielodisplasia. IMPORTANTE: NO DEBE DECLARAR ENFERMEDAD ONCOLÓGICA, EN CASO DE QUE HAYAN TRANSCURRIDO 5 AÑOS DESDE LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO RADICAL, SIN RECÍDICA POSTERIOR.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
12. Enfermedades tumorales benignas , por ejemplo: quistes, pólipos, quistes, lipomas, fibromas, hemangiomas, tumores óseos y otros tumores benignos, 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, seborrea de quistes/sebáceos, cánceres, dermatitis, sordera sorda, rosácea u otra enfermedad dermatológica.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO
14. Enfermedades del oído, nariz y garganta , por ejemplo: otitis, congestión, hipertrofia de 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: estrabismo, cataratas, glaucoma, miopías o cualquier otra enfermedad de los ojos, distorción de retina, degeneración, hipermetropía o presbicia, las cuales serán cubiertas bajo las condiciones predefinidas.	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO

en la póliza.

16. Enfermedades infecciosas o parasitarias: por ejemplo: sifilis, gonorrea, rabies, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, oncosis, enfermedad de Chagas, Hepatitis, VIH-péptido, SIDA, o cualquier otra enfermedad infecciosa. ☐ SI ☐ NO

17. Usó medicamentos anteriores: ¿En los últimos 24 meses Ud. o alguno de sus beneficiarios usó medicamentos en los últimos 24 meses? Si su respuesta es afirmativa, indique diagnóstico y número de días de uso (señale la). ☐ SI ☐ NO

18. Indicó hospitalizaciones anteriores: Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo qué diagnóstico. ☐ SI ☐ NO

19. Prótesis, Órtesis: Señale si usted o cualquiera de sus beneficiarios algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audífonos, marcapasos, dentadura, lentes de contacto, prótesis ortopédicas o muletas, si la de nombre. ☐ SI ☐ NO

20. Consumió algún tipo de medicamento en forma habitual: En caso afirmativo, indique nombre del medicamento, motivo de su consumo y diagnóstico. ☐ SI ☐ NO

Otras enfermedades: Esta declaración se consulta por la siguiente lista de enfermedades, condiciones o padecimientos, pues en las condiciones generales y particulares de la póliza está definido cuál será el tratamiento específico de su condición de cobertura y/o exclusiones:

- Malformaciones y/o enfermedades congénitas, por ejemplo: labio leporino, pie bot, displasia de cadera, cardiopatías congénitas, alteración cromosómica o cualquier otra anomalía, defecto físico o anomalía congénita.
- Enfermedades del embarazo, parto o puerperio, por ejemplo: embarazo molar, preeclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, eclia, sepsis, parto prematuro.
- Traumatismos, accidentes y enfermedades, por ejemplo: cualquier accidente con o sin secuelas, detallado si es de origen laboral o no, enfermedad adquirida, TBC, fracturas, avarias con anterioridad a la incorporación a la póliza.
- Cirugías estéticas, por ejemplo: rinoplastia, liposucción, implantes mamarios, abdominoplastia, embeltecimiento.
- Infertilidad o esterilidad.

7 En caso de que usted o alguno de los asegurables adicionales propuestos padezca, haya padecido, le haya de haber padecido o padezca actualmente alguna de las enfermedades o situaciones antes enunciadas, continúe en el siguiente cuadro especialmente diseñado al efecto. Tratándose de patologías oncológicas, transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento actual de esa enfermedad. Los datos que del

Enfermedad o Situación	Enfermedad o Situación	Fecha Diagnóstico	Condición actual de Salud	Tp

Si declara Preexistencias, deberá indicar, Nombre a quien corresponde si es Titular o Carga. Nombre de la Enfermedad, Fecha de diagnóstico, tratamiento etc. Si no sabe esos datos mejor no declarar

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN COLECTIVO DE VIDA Y SALUD



8 Declaración de Actividades

¿Practica Ud. alguna actividad o deporte riesgoso? ☐ SI ☒ NO

Favor indique cuál y frecuencia

Se hace presente que las actividades riesgosas declaradas por usted, solo serán cubiertas por el contrato de seguro, una vez que la compañía aseguradora las haya aprobado de forma expresa.

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 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. ES COMPLEMENTARIO A LAS COBERTURAS ISAPRE O FONASA.
- 3.- LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE SEGURO SE ENCUENTRAN DEPOSITADAS CON EL CÓDIGO SEGÚN CORRESPONDA AL SEGURO CONTRATADO E INDICADO AL COMIENZO DE ESTA SOLICITUD DE INCORPORACIÓN Y EN LAS CONDICIONES PARTICULARES, Y CERTIFICADO DE COBERTURA, COMISIÓN PARA EL MERCADO DE FINANCIERO. USTED PUEDE REVISAR ESTE TEXTO EN WWW.CMFCHILE.CL.

Aceptación Especial y Consentimiento para Tratamiento de Datos Personales

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 fuese 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 algunos de los asegurables propuestos, que pudiese 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 a la 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 asegurado 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.

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 cualquier tercero prestadores de servicios que estuvieran ubicados dentro o fuera de Chile, para efectos de poder hacer efectivo el (los) beneficios que pueden estar asociados al seguro contratado, así como para efectos de almacenamiento de la información.

Autorización de la Incorporación por parte del Asegurado

<div><div></div><div></div></div>	<div><div>Firma Titular</div><div></div></div>
<div>Fecha</div>	<div>Firma Asegurable Titular</div>

Autorización de la Incorporación por parte del Contratante de la Póliza

Fecha

Firma y Timbre Empresa

Aprobación Compañía Aseguradora

Firma y Timbre Representante
Bupa Compañía de Seguros de Vida S.A.

Firma Empleador

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 limitaciones 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 íntegramente cubierta 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 Comisión para el Mercado Financiero bajo los códigos POL y CAD contratados.

