

# 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 <small>(En caso de fallecimiento del asegurado titular. Se recomienda designar personas mayores de edad)</small>					
Nombre (Apellido, Nombre)	Cédula de Identidad	Parentesco	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	% Beneficio
<b>Ingresar beneficiario(s)</b>					

## SOLICITUD DE INCORPORACIÓN COLECTIVO DE VIDA Y SALUD



## 8. Listado de Preguntas

Debe responder en forma precisa las preguntas de este listado, convigiendo TODAS AQUELLAS IMPERFECTICIONES, PATOLOGÍAS O CONOCIMIENTOS DE LA VIDA que LE HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS HABITUALMENTE a usted y a cada uno de sus beneficiarios. Haya o no requerido TRATAMIENTO, Hospitalización o intervención quirúrgica, calificando con la fecha de diagnóstico y su estado actual, incluye recuperado y dado de alta. TRATAMIENTOS DE PATOLOGÍAS CRONICAS, DEBEN DECLARAR TODAS AQUELLAS IMPERFECTICIONES CRONICAS QUE LE HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS, HAYAN FRECUENCIA O NO TRATAMIENTO, A MÍNIMOS QUE HAYAN TRANSCURRIDO 6 AÑOS DESDE LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO FÍSICAL, SIN EXCEPCIÓN, PERTENECERÁN A UNO EN EL CUAL NO DEBERÁN DECLARARSE.

Este listado es sólo referencial de modo que si usted, su beneficiario o enfermero no indica la total, debe ser declarada la otra brevemente.

## Prerequisites

1. <b>Enfermedades infecciosas o parasitarias o del comportamiento</b> , por ejemplo: infección del hígado, trastorno bipolar, trastorno adaptativo, trastorno alimentario, depresión, intento de suicidio, fobia social, psicosis, esquizofrenia, problemática de dependencia (alcohol, tabaco, drogas, etc.).	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
2. <b>Enfermedades del sistema nervioso</b> , por ejemplo: accidentes cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos), enfermedades crónicas, accidentes, hidrocefalia, trastorno de aritmología sanguínea (HTG), tabaco, del liquido cefalorraquídeo, epilepsia, meningitis, adicción a los medicamentos, neurosis, neurosis, psicosis, parálisis y migraña, meningitis, del sistema nervioso, si cualquier otra enfermedad del cerebro, cerebelo, midollo o sistema nervioso periférico.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
3. <b>Enfermedades del sistema respiratorio</b> , por ejemplo: asma, enfisema, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis quística, bronquitis, bronquitis, enfermedades de las vías respiratorias altas (Braigas) o bajas (flema, tos, expectoración), neumonía, pulmonitis o cualquier otra enfermedad de los pulmones, pleura o sistema respiratorio.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
4. <b>Enfermedades del corazón y sistema circulatorio</b> , por ejemplo: infarto del miocardio, enfermedad coronaria, hipertensión arterial, enfermedad vascular, enfermedad vascular, arterias (coronarias), accidentes cerebrovasculares, aneurismas, trombosis, coágulos sanguíneos o cualquier otra enfermedad del corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
5. <b>Enfermedades del sistema digestivo</b> , por ejemplo: úlcera, al estómago o duodeno, hemorragias digestivas, hemorroides, enfermedades de Crohn, colitis ulcerosa, pancreatitis, calcosis biliar, hepatitis, cirrosis, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema digestivo, coria, esófago, estómago, intestino, recto, ano, hígado, vesícula, biliar, pancreas.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
6. <b>Enfermedades genéticas y de los riñones</b> , por ejemplo: quistes, riñones, endometriosis, endometritis o cualquier otra enfermedad de este sistema como enfermedad del cuello, de la próstata y ovarios.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
7. <b>Enfermedades renales y del sistema genitourinario</b> , por ejemplo: nefritis, cistitis, cáncer a los riñones, la piel, la próstata o testículos de la próstata, varicocele, vesícula o testicular o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, vejiga, uréter, vejiga, riñón, próstata y genitales.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
8. <b>Enfermedades neurológicas o del sistema estonervioso</b> , por ejemplo: tumbaga, neuropatía, gata, artritis, artritis reumatoide, hidrocefalia, herida del nervio que pasa, tumor en el cerebro o espina, enfermedad inmunológica o autoinmune, o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema nervioso como columna, huesos, meninges y articulaciones.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
9. <b>Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético</b> , por ejemplo: anemia, la infección de la sangre o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema hematopoyético como la leucemia, virus, linfoma y el báculo.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
10. <b>Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas</b> , por ejemplo: hipertiroides o hipotiroides, hirsutismo, diabetes o obesidad, celíaca, anorexia, diabetes, enfermedad insulinaria, enfermedad de Addison o cualquier otra enfermedad de la glándula tiroidea o endocrina, enfermedad nutricional o metabólica.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
11. <b>Enfermedades oncológicas</b> , por ejemplo: cáncer de pulmón, colon, mama, linfoma Hodgkin, linfoma no Hodgkin, leucemia o linfoma en cualquier otra parte del organismo. IMPORTANTE: NO DEBES PRACTICAR UN EXAMEN MEDICO ONCOLÓGICO, EN CASO DE QUE TENGAS UNA ENFERMEDAD AL MENOS DENTRO DE LAS PRIMERAS 12 SEMANAS DESDE QUE HAYAS CASO, NO PRACTICAR UN EXAMEN.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
12. <b>Enfermedades tumorales benignas</b> , por ejemplo: nódulos, polipos, quistes, lipomas, fibromas, hemangiomas, tumores y/o celulomas benignos, de cualquier localización.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
13. <b>Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo</b> , por ejemplo: hemangiomas, psoriasis, eczema, seborrea de queratolítico, celulitis, dermatitis, acne, óxido, rosácea o cualquier otra enfermedad dermatológica.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
14. <b>Enfermedades del ojo, vista y garganta</b> , por ejemplo: oitis, conjuntiva, papaducto de adenoides, párpados rotos, deshídratación del líquido cristalino, o cualquier otra enfermedad de los ojos, vista o garganta.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
15. <b>Enfermedades óseas</b> , por ejemplo: osteoartritis, osteoporosis, glicosurias, enfermedad o cualquier otra enfermedad de los huesos, dentadura, masticación, hiperparatiroides o pérdida del hueso en las cuerdas laryngeas bajo las condiciones predefinidas.	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Environ Biol Fish (2007) 79:101–110

de la póliza.

	Si	No
18. <b>Enfermedades hereditarias o genéticas</b> , por ejemplo: alzh., glaucoma, retinoblastoma, fibrosis quística, diabetes hereditaria, síndrome de Chagrin, Histiocitosis, VHL, psoriasis, MS, o cualquier otra enfermedad hereditaria.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
19. <b>Enfermedades adquiridas</b> (ya tenida Ud. o adquirida de otra enfermedad hereditaria, prevista en los artículos 18, 19 y 20). Si su respuesta es afirmativa, indique diagnóstico y momento de inicio de la(s) enfermedad(es).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
20. <b>Indique Hospitalizaciones anteriores</b> . Indique si Ud. o alguien de sus familiares ha estado hospitalizado y bajo qué condiciones:	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
21. <b>Protesis, óstomia</b> . Señale si utiliza usted o cualquier otra persona en su familia algún tipo de prótesis u ostomía, tales como, audífonos, prótesis dentales, prótesis ópticas o cualquier otra similar, si la descripción.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
22. <b>Consumo algún tipo de medicamento o terapia habitual</b> . En caso afirmativo, indique nombre del medicamento, motivo de su consumo y dosis:	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

**Otras enfermedades:** En la declaración no consulta por la siguiente lista de enfermedades, condiciones o padecimientos, pues en las condiciones generales y particularidades de la póliza está establecido que el Titular no es responsable de la causa de cobertura y/o indemnización.

- Malformaciones y/o enfermedades congénitas, por ejemplo: huevo doble, pie bot, displasia de cadera, cardiopatías congénitas, alteración craneoencefálica como que la cinta aracnoidal, defecto fásico o aracnoiditis congénita.
- Enfermedades del embrión, placentas o puerperio, por ejemplo: embrioma, molar, preeclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, infarto neonatal, paro puerperio.
- Traumatismos, accidentes y enfermedades, por ejemplo: cualquier accidente, caso de enfermedad, desnaturalización de origen natural o no, desnaturalización adquirida, TBC, tuberculosis, otras enfermedades antropogénicas o la incorporación a la póliza.
- Cirugías, estomatología, por ejemplo: rinoplastia, liposucción, implantes mamarios, abdominoplastia, etc. tales que den trastorno físico o mental.
- Trastorno mental o trastorno físico.

7. En caso de que Ud. sea o alguna de las siguientes libere autoridad propuesta por póliza. Puedo practicar, si lo pongo en mi póliza padecido o padecer actualmente alguna de las enfermedades o situaciones señaladas anteriormente en el siguiente cuadro especialmente señalado al efecto. Titular de pólizas que den trámites de salud dentro de la finalización del trámite de solicitud de la póliza. Los datos que den

Nombre Asegurado	Nombre del Asegurado	Fecha de Diagnóstico	Prueba Diagnóstica	Comisión de la Clínica	Nombre de la Clínica

**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 retención, 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 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.

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

**Firma Titular**

Fecha

Firma Asegurable Titular

### 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.







