

Paso a paso Llenando tu formulario de incorporación Seguro complementario



A continuación, te indicamos los puntos importantes, al momento de completar tu solicitud de incorporación, para el Seguro de Salud de tu Empresa:

Paso 1

Solicitud de Incorporación¹
Seguro Colectivo



Cobertura	N° de poliza	Cobertura	N° de poliza		
<input type="checkbox"/> Vida		<input type="checkbox"/> Oncológico		<input type="checkbox"/> Incorporación	
<input type="checkbox"/> Salud Complementario		<input type="checkbox"/> Dental		<input type="checkbox"/> Modificación	
<input type="checkbox"/> Catastrófico		<input type="checkbox"/> Incapacidad de trabajo temporal (ITT)		<input type="checkbox"/> Exclusiones	

Importante marcar con una "X" la(s) cobertura(s) que has seleccionado.

Paso 2

Es primordial que completes todos los casilleros que **hemos marcado**  datos personales y relevantes al momento del ingreso.

Datos Asegurable Titular

RUT 	Nombre Completo 	
Género 	Fecha de nacimiento 	Estado civil  Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Civil
Dirección de contacto 	Comuna 	Ciudad 
Teléfono de contacto 	Correo electrónico (*) 	

Paso 3

En este punto, debes ingresar todos los datos de tus cargas: Cónyuges e hijos menores de 24 años.

Grupo familiar para la cobertura de salud (Cónyuge e hijos menores de 24 años)

RUT	Nombre Completo	Género	Fecha de nacimiento	Parentesco
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	

Paso 4

A continuación, comienza la Declaración de salud, tanto para ti como para tus cargas. Importante responder con una “X” en Si, o en NO.

¿Tú, o alguno de los dependientes identificados en este cuestionario, a los cuales representa, ha padecido, tiene conocimiento de haber padecido, ha requerido tratamiento, o tiene una situación o condición de salud, o que actualmente se encuentra sometido a un diagnóstico en estudio para alguna patología representada en alguno de los siguientes grupos de enfermedades: SI NO

Paso 5

Lee cuidadosamente lo que a continuación se menciona, y responde detalladamente.

1	Tumor benigno, nódulos, quistes, pólipos u otro tipo de lesiones benignas	9	Endocrinológicas, metabólicas	17	De Oídos, Nariz, Garganta
2	Cáncer ² (tumor maligno, leucemias, linfomas, melanoma, mieloma múltiple)	10	Resistencia a la insulina, Intolerancia a la glucosa, Diabetes	18	Neurológicas, cerebrovasculares
3	Cardíacas, Circulatorias, aneurismas	11	Dermatológicas	19	Psiquiátricas
4	Hipertensión Arterial (HTA)	12	Osteoarticulares, Musculares	20	Obesidad, delgadez extrema
5	Vasculares, sanguíneas	13	Tabaquismo, consumo de drogas y alcohol	21	Embarazo actual
6	Respiratorias	14	Enfermedades infecciosas (VIH, venéreas)	22	Sistema reproductor
7	Digestivas	15	Oftalmológicas	23	Patologías congénitas
8	Renales, Urinarias, Genitales	16	Reumatológicas	24	Otras patologías

A continuación, señale el número del grupo de enfermedades del listado anterior, por usted y/o su grupo familiar.

² En el evento que usted o alguien de su grupo familiar que está asegurando haya padecido cáncer y para los efectos de la Ley sobre Olvido Oncológico N° 21.656, (art. 8° bis) considere: NO ES OBLIGATORIA la declaración de PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS, respecto de las cuáles hayan transcurrido CINCO AÑOS DESDE LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO RADICAL SIN RECAÍDA POSTERIOR.

Nombre Asegurable	Grupo	Diagnóstico o enfermedad	Fecha de diagnóstico	Tratamiento indicado (medicamentos, cirugías, etc)	Estado actual
			/ /		<input type="checkbox"/> Alta / Fecha: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento
			/ /		<input type="checkbox"/> Alta / Fecha: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento
			/ /		<input type="checkbox"/> Alta / Fecha: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento

Considera que este cuestionario es tanto para ti como titular, como para tus cargas:

Paso 6

¡Ya estás terminando! A continuación, debes declarar si tu o alguna de tus cargas, realiza algún deporte o actividad de alto riesgo.

¿Tú, o alguno de los asegurables indicados en esta solicitud de incorporación realiza algún deporte o actividad de riesgo, tales como paracaidismo, parapente, alas delta, bungee, andinismo, surf, automovilismo, motociclismo, uso de moto como transporte, buceo, motonáutica, canopy, navegación a vela, boxeo, artes marciales, hípica, rodeo, piloto civil o comercial, estudiante de piloto, pasajero de línea aérea no regular, u otros deportes o actividades riesgosas?

SI NO Detalle quién y cuál actividad y/o deporte:

Nombre Asegurable	Actividad y/o deporte

Paso 7

Para Finalizar, es importante colocar tu Firma, e indiques la fecha de firma:

<p>Firma Asegurado Titular</p> <div style="border: 1px solid gray; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  </div> <p>____ / ____ / ____ Día Mes Año</p>	<p>Fecha de ingreso a la empresa</p> <p>Día ____ Mes ____ Año ____</p>	<p>Firma y Rut Empleador</p> <div style="border: 1px solid gray; height: 100px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  </div> <p>____ / ____ / ____ Día Mes Año</p>
<p>Fecha de vigencia inicial en la póliza</p> <p>Día ____ Mes ____ Año ____</p>		

Para evitar rechazo de tu solicitud, te sugerimos utilizar letra clara y legible, para mayor información puedes adjuntar copia de tu Cédula de identidad y Certificado (s) de Nacimiento(s) de tus cargas.