

Cobertura		N° de poliza	Cobertura		N° de poliza		
	Vida			Oncológico			Incorporación
	Salud Complementario			Dental			Modificación
	Catastrófico			Incapacidad de trabajo temporal (ITT)			Exclusiones

RUT Empresa	Nombre Contratante

Datos Asegurable Titular

RUT	Nombre Completo				
Género	Fecha de nacimiento	Estado civil			
		Casado	Soltero	Divorciado	Viudo Unión Civil
Dirección de contacto	Comuna		Ciudad		
Teléfono de contacto	Correo electrónico (*)				
Información del capital asegurado inicial					
Capital (UF):			Renta (\$)		
Datos bancarios Asegurable Titular para depósitos de reembolsos				N° de Cuenta	Banco
Tipo de Cuenta:	Ahorro	Corriente	Vista / Rut		

(*) Autorizo a la Compañía para dirigirme electrónicamente las comunicaciones que, con motivo de la contratación de este seguro y cualquier seguro contratado, me deban ser enviadas, como asimismo autorizo a enviar tales comunicaciones a mi teléfono celular.

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

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

¿Tú, o alguno de los dependientes identificados en este cuestionario, a los cuales representa, ha padecido, tiene conocimiento de padecer, 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

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	Cardiacas, 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
			/ /		Alta / Fecha:
			/ /		Tratamiento Seguimiento
			/ /		Alta / Fecha:
			/ /		Tratamiento Seguimiento
			/ /		Alta / Fecha:
			/ /		Tratamiento Seguimiento

1 IMPORTANTE: Para los efectos de esta Declaración de Salud se entenderá que el cáncer **NO** es una enfermedad preexistente ni constituye exclusión cuando hayan transcurrido más de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.

Para estos efectos se entiende por:

Finalización del tratamiento radical: momento en que se ha completado la última fase del tratamiento curativo (no preventivo ni paliativo) del cáncer al que se hubiesen sometido potenciales cotizantes o personas beneficiarias.

Recaída posterior: el cáncer que regresa después de su tratamiento.

¿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

Tomo conocimiento, entiendo y acepto expresamente, en mi nombre y de mis dependientes propuestos, que las enfermedades y/o condiciones de salud preexistentes (diagnosticadas, conocidas con anterioridad a la firma del contrato o en proceso de diagnóstico) o la práctica de deportes, hobby y/o actividades riesgosas debidamente declaradas anteriormente, serán materia de exclusiones de cobertura y en consecuencia Zurich Chile Seguros de Vida S.A. no es ni será nunca responsable del pago de beneficio o indemnización alguna ante un siniestro.

Declaro expresamente que los datos entregados en el presente documento son exactos y fidedignos, y acepto que constituyan elementos indispensables para la apreciación del riesgo, y que una omisión de respuesta o declaración falsa, errónea, o reticencia de entregar antecedentes, puede implicar el rechazo del siniestro o la nulidad de la cobertura de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 524 N° 1, 525 y 539 del Código de Comercio. Autorizo a la compañía, conforme lo dispone la Ley N° 19.628 "Protección de datos de carácter personal", para que haga uso de los datos informados por mí en este documento o en otros relacionados con este seguro, inclusive cuando estos califiquen como sensibles, con la finalidad de hacer efectivo los beneficios del seguro o sea necesario comunicarlos a cualquier autoridad nacional o extranjera.

Además, autorizo a cualquier institución, médico o persona que nos haya examinado y/o atendido a mí y/o a mis dependientes propuestos, a entregar información completa a la compañía, liberando a los médicos, clínicas y hospitales, de la obligación de reserva de información sobre antecedentes de salud, otorgando acceso a los contenidos o copias de recetas, análisis o exámenes de laboratorio y/o servicios relacionados con la salud, según lo dispuesto por el artículo N° 127 del código sanitario.

Estoy en conocimiento de que esta solicitud de incorporación no otorga cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento que esta propuesta sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la póliza.

IMPORTANTE: Solicito mi incorporación como asegurado a una póliza de seguro colectivo, cuyas condiciones fueron convenidas por mi empleador directamente con la compañía de seguros.

Firma Asegurado Titular	Fecha de ingreso a la empresa	Firma y Rut Empleador
	Día Mes Año	
/ /	Fecha de vigencia inicial en la póliza	/ /
	Día Mes Año	
Día Mes Año		Día Mes Año

Esta declaración tiene una validez de 30 días desde la fecha de suscripción solo para el objeto de ser evaluada por la Aseguradora, sin perjuicio de lo anterior esta declaración, tendrá vigencia indefinida para todos los efectos legales una vez celebrado el contrato.

Designación de Beneficiarios



Apellidos		Nombres	
RUT	Empresa	Email	

Beneficiarios:

RUT	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Email	%*

*debe sumar 100

Beneficiarios:

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 594 del Código de Comercio, el asegurado nombra los beneficiarios contingentes que a continuación se indican, a los cuales se entenderá corresponder la indemnización en el porcentaje señalado solamente en caso de ausencia por muerte de todos los beneficiarios designados que se señalen.

RUT	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Email	%*

*debe sumar 100

Lugar

Firma del asegurado
____ / ____ / ____ Día Mes Año