Bupa Seguros

Fecha Recepción

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN COLECTIVO DE VIDA Y SALUD

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

Tipo de Seguro (Marcar todos los que correspondan)

☐ Vida Nº Poliza: ☐ Salud Nº Poliza: _____ ☐ Catastrófico Nº Poliza: _____ ☐ Dental Nº Poliza: _____

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 (Postulante al seguro)

Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Nombres:	Rut:
Fecha de nacimiento:	Dirección:	Ciudad:	Teléfono:
Correo Electrónico:			

Estado civil: ◯ Soltero ◯ Casado ◯ Divorciado ◯ Viudo ◯ 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: ◯ Cuenta Corriente ◯ Cuenta Ahorro ◯ Cuenta Vista	Nombre de Banco:	Cuenta Nº:

4- Antecedentes del Grupo Familiar

Nombre (Apellidos, Nombres)	Cédula de Identidad	Parentesco	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Isapre	Peso	Estatura

5- Beneficiarios Seguro de Vida (En caso de falleciento del Asegurado Titular). Se recomienda designar personas mayores de Edad.

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

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 porcentajesb ser igual a 100%. (Sólo válidas para coberturas de fallecimiento y muerte accidental).

Bupa Compañía de Seguros de Vida S.A. • Cerro El Plomo 6000, piso 2, Las Condes. • Fono 600 391 9000 • Email: servicio.seguros@bupa.cl • www.segurosbupa.cl

Bupa Seguros

6- Listado de Preguntas

Debe resopnder 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, haya 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.

Preguntas	Declara
1. **Enfermedades mentales o psiquiátricas o del comportamiento,** por ejemplo: trastornos del ánimo, depresión, intento de suicidio, neurosis, psicosis, esquizofrenia, problemas de dependencias (drogas, tabaco, alcohol, etc.)	◯ Si ◯ No
2. **Enfermedades del sistema nervioso,** por ejemplo: accidentes cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos), aneurismas cerebrales, tumores, quistes, hidrocefalia, TEC, fistulas del líquido céfalo raquídeo, tumor vertebral, tumor de médula o nervios periféricos, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple, neuropatias, jaqueca y/o migraña, meningitis, déficit atencional, o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o de nervios periféricos.	◯ Si ◯ No
3. **Enfermedades del sistema respiratorio,** por ejemplo: asma, enfisema, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, 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.	◯ Si ◯ No
4. **Enfermedades del corazón y sistema circulatorio,** por ejemplo: infarto del miocardio, enfermedad coronaria, angina de pecho, enfermedad reumática, hipertensión arterial, soplos al corazón, arritmias (palpitaciones), accidentes cerebrovasculares, aneurismas, várices, flebitis, úlceras vasculares o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio.	◯ Si ◯ No
5. **Enfermedades del sistema digestivo,** por ejemplo: úlcera al estómago o duodeno, tumores del estómago o del intestino, hemorragias digestivas, hemorroides, 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, vía biliar, páncreas.	◯ Si ◯ No
6. **Enfermedades ginecológicas y de las mamas,** por ejemplo: tumores, quistes, cáncer, miomas, endometriosis, endometritis o cualquier enfermedad de este sistema como enfermedades del útero, de la mama y ovarios.	◯ Si ◯ No
7. **Enfermedades renales o del sistema genitourinario,** por ejemplo: nefritis, cristitis, cálculo al riñón, hiperplasia, adenoma o cáncer de la próstata, varicocele, tumores renales, vesículas o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales.	◯ Si ◯ No
8. **Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular,** por ejemplo: lumbago, lumbociática, gota, artritis, artrosis, reumatismo, fracturas hernia del núcleo pulposo, síndrome del túnel carpiano, enfermedades inmunitarias o autoinmunes como lupus o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema osteomuscular como columna, huesos, músculos y articulaciones.	◯ Si ◯ No
9. **Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético,** por ejemplo: anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, linfoma, leucemia o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema hematopoyético como los ganglios, vasos linfáticos y el bazo.	◯ Si ◯ No
10. **Enfermedades endocrinas,** nutricionales o metabólicas, por ejemplo: hipotiroidismo o hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulinica, enfermedad de Addison, tumor de la hipófisis o tiroides, o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas.	◯ Si ◯ No
11. **Tumores y/o enfermedades oncológicas,** por ejemplo: cáncer, quistes, tumores, nódulos, pólipos de cualquier localización.	◯ Si ◯ No
12. **Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo,** por ejemplo: hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, dermatitis, acné severo, melanoma, rosácea u otras enfermedades dermatológicas.	◯ Si ◯ No
13. **Enfermedades del oído, nariz y garganta,** por ejemplo: otitis, sordera, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz o garganta.	◯ Si ◯ No
14. **Enfermedades oculares,** por ejemplo: estrabismo, cataratas, glaucoma, retinopatías o cualquier otra enfermedad de los ojos distintas a miopía, astigmatismo, hipermetropía o presbicia, las cuales serán cubiertas bajo las condiciones predefinidas en la póliza.	◯ Si ◯ No
15. **Enfermedades infecciosas o parasitarias,** por ejemplo: sífilis, gonorrea, rubeola,citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Changas, Hidatidosis, VIH positivo, SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa.	◯ Si ◯ No
16. **Licencias médicas anteriores** ¿Ha tenido Ud. o alguno de sus beneficiarios licencias médicas en los últimos 24 meses? Si su respuesta es afirmativa indique diagnóstico y número de días de la(s) licencia(s).	◯ Si ◯ No
17. **Indique Hospitalizaciones anteriores.** Indique si Ud. O alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo que diagnóstico.	◯ Si ◯ No
18. **Prótesis, Órtesis:** Señale si utiliza usted o cualquiera de sus beneficiarios algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audífonos, marcapaso, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas.	◯ Si ◯ No
19. **Consume algún tipo de medicamento en forma habitual.** En caso afirmativo indicar nombre del medicamento, motivo de su consumo y diagnóstico: _____	◯ Si ◯ No

Otras enfermedades:
Esta declaración no consulta por la siguiente lista de enfermedades, condiciones o padecimientos, pues en las condiciones generales y particulares de la póliza está definido como 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 anormalidad, defecto físico o anomalía congénita.
- Enfermedades del embarazo, parto o puerperio, por ejemplo: embarazo molar, preeclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, asfixia neonatal, parto prematuro.
- Traumatismos, accidentes y quemaduras, por ejemplo: cualquier accidente, con o sin secuelas, detallando si es de origen laboral o no, deformidad adquirida, TEC, fracturas. ocurridos con anterioridad a la incorporación a la póliza
- Cirugías estéticas, por ejemplo: rinoplastia, lipoaspiración, implantes mamarios, abdominoplastia o cualquier otra cirugía con fines de embellecimiento.
- Infertilidad o Esterilidad.

7- 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:

Nombre Asegurable	Enfermedad o Diagnóstico	Fecha Diagnóstico	Condición Actual de Salud	Tratamientos	Otros Antecedentes	Uso Exclusivo Seguros Bupa

Bupa Compañía de Seguros de Vida S.A. • Cerro El Plomo 6000, piso 2, Las Condes. • Fono 600 391 9000 • Email: servicio.seguros@bupa.cl • www.segurosbupa.cl

Bupa Seguros

8. Declaración de Actividades

¿Practica Ud. alguna actividad o deporte riesgoso?: ◯ Si ◯ No

Favor indica 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. 4.- LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE SEGURO SE ENCUNTRAN 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, COMISION 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 Nº 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 terceros 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

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.

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.

ESTE SEGURO:

NO CONTEMPLA RENOVACIÓN GARANTIZADA.
SI PODRÁ AUMENTAR LA PRIMA (PRECIO) EN CASO DE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.
NO CONSIDERA LA SINIESTRALIDAD INDIVIDUAL PARA EL AUMENTO DE LA PRIMA EN CASO DE RENOVACIÓN.
NO CUBRE PREEXISTENCIAS.

Bupa Compañía de Seguros de Vida S.A. • Cerro El Plomo 6000, piso 2, Las Condes. • Fono 600 391 9000 • Email: servicio.seguros@bupa.cl • www.segurosbupa.cl