

Incorporación Cargas    
  Actualización de Datos Asegurado

Fecha Recepción \_\_\_\_\_

## Tipo de Seguro *(Marcar todos los que correspondan)*

Vida    
  Salud    
  Catastrófico    
  Dental

## 1 Antecedentes Contratante

Nombre *(Apellido, Nombre)* \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

### IMPORTANTE:

Por favor completar todos los campos requeridos en este formulario. Solamente debe completar la Declaración de Salud respecto de la carga que se está solicitando incorporar a la póliza.

## 2 Antecedentes del asegurado Titular *(Postulante al seguro)*

Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_

Nombres \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino     Peso (kgs.) \_\_\_\_\_ Estatura (mts.) \_\_\_\_\_

Sistema de Salud  Fonasa  Isapre  Otra

## 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 <i>(Apellido, Nombre)</i>	Cédula de Identidad	Parentesco	Fecha de nacimiento	Sexo (M/F)	Isapre	Peso	Estatura
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

## 5 Beneficiarios Seguro de Vida

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

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

## 6 Listado de Preguntas

Debe responder en forma precisa y veraz las preguntas de este listado, consignando todas AQUELLAS ENFERMEDADES, PATOLOGÍAS O CONDICIONES DE SALUD que hayan sido diagnosticadas médicamente a usted o 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. Además, toda aquella situación, condición o padecimiento evidente, que se encuentre o no en un proceso de diagnóstico confirmatorio de una patología específica.

**NO DEBE DECLARAR AQUELLAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS EN QUE HAYAN TRANSCURRIDO 5 AÑOS DESDE LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO RADICAL, SIN RECAÍDA POSTERIOR.**

Esta declaración no consulta por la siguiente lista de enfermedades, condiciones o padecimientos, pues el tratamiento específico está definido en las condiciones generales y particulares de la póliza respecto a como será su tratamiento: A) Malformaciones y/o enfermedades congénitas, malformaciones producidas por enfermedades o accidentes anteriores a la fecha de vigencia inicial del asegurado en la póliza. B) Talla baja, gigantismo. C) Problemas de esterilidad, impotencia masculina o femenina, fertilidad e infertilidad, sus complicaciones y consecuencias. D) Embarazo preexistente a la contratación del seguro.

### Preguntas

### Declara

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>1. Enfermedades del sistema nervioso</b>, por ejemplo: Accidentes cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos), enfermedad de Alzheimer, aneurismas cerebrales, epilepsia, esclerosis múltiple, fístulas de líquido cefalorraquídeo, hidrocefalia, jaqueca y/o migraña, meningitis, miastenia gravis, neuropatías periféricas, parálisis de cualquier tipo y localización, enfermedad de Parkinson, TEC (traumatismo encéfalo craneano).</p>   | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>2. Enfermedades del sistema respiratorio</b>, por ejemplo: Asma, complicaciones y/o secuelas por covid-19, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades de vías respiratorias bajas agudas (tráquea, bronquios, pulmones), enfisema, neumonía recurrente, tuberculosis.</p>  | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>3. Enfermedades del corazón y sistema circulatorio</b>, por ejemplo: Aneurismas y/o disección de arterias carótidas, aorta abdominal y/o torácica, iliaca, femoral, u otras; angina de pecho, arritmias cardíacas; embolias y/o trombosis cerebral, pulmonar, portal y/o mesentérica, de miembros superior/inferior y otras localizaciones; enfermedad coronaria, enfermedades de las válvulas cardíacas, hipertensión arterial, infarto del miocardio, soplos al corazón, várices y/o flebitis y/o úlceras vasculares.</p>                 | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>4. Enfermedades del sistema digestivo</b>, por ejemplo: Cálculos biliares, cirrosis, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, hemorragias digestivas, hemorroides, hepatitis, hernia umbilical, hernia abdominal, hernia inguinal, hernia femoral, pancreatitis, úlcera boca/faringe, úlcera esófago, úlcera estómago, úlcera intestino delgado, úlcera intestino grueso/sigmoidees/recto.</p>  | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>5. Enfermedades ginecológicas y de las mamas</b>, por ejemplo: Endometriosis y/o endometritis, miomas, síndrome ovario poliquístico, patología de la mama.</p>  | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>6. Enfermedades renales o del sistema genitourinario</b>, por ejemplo: Cálculo de las vías urinarias, hiperplasia de la próstata, adenoma de la próstata.</p>   | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>7. Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular</b>, por ejemplo: Patología del hombro, codo, muñeca, manos/dedos, cadera, rodilla, tobillo, pie/dedos, artritis psoriásica, reactiva y/o reumatoidea, colitis ulcerosa, dermatomiositis, enfermedad de Crohn, enfermedad de Graves-Basedow (hipertiroidismo autoinmune), esclerosis múltiple, lupus eritematoso sistémico, miastenia gravis, síndrome Sjögren, espondilitis anquilosante, hernia del núcleo pulposo, lumbago y/o lumbociática, síndrome del túnel carpiano.</p> | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>8. Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético</b>, por ejemplo: Anemias por déficit de hierro, anemias por déficit de vitamina B12 y folatos, anemias por alteración médula ósea, aplásica, anemias por alteración médula ósea, megaloblástica, anemias por alteración médula ósea, sideroblástica, anemia hemolítica falciforme, talasemia, hemofilia, enfermedad de Von Willebrand, trombofilia.</p>  | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>9. Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas</b>, por ejemplo: Diabetes, dislipidemia, enfermedad de Addison, enfermedad de Cushing, hiperaldosteronismo, hipotiroidismo, hipertiroidismo y/o bocio, obesidad operada o no, resistencia insulínica.</p>  | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>10. Enfermedades Oncológicas y Síndromes mielodisplásicos/mieloproliferativos</b>, por ejemplo: Cáncer de cualquier localización, Linfoma Hodgkin, Linfoma no Hodgkin, leucemia, melanoma, <b>NO DEBE DECLARAR AQUELLAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS EN QUE HAYAN TRANSCURRIDO 5 AÑOS DESDE LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO RADICAL, SIN RECAÍDA POSTERIOR.</b></p>   | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>11. Enfermedades tumorales benignas</b>, por ejemplo: Nódulos, pólipos, quistes, lipomas, fibromas, hemangiomas, tumores óseos y otros tumores benignos, de cualquier localización. Debe detallar localización anatómica y tratamientos.</p>  | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>12. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo</b>, por ejemplo: Psoriasis, acné, rosácea.</p>   | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>13. Enfermedades del oído, nariz y garganta</b>, por ejemplo: Sordera y/o hipoacusia, hipertrofia amigdalina y/ o adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal.</p>   | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>14. Enfermedades oculares</b>, por ejemplo: Estrabismo, cataratas, glaucoma, retinopatías, ceguera total o parcial (unilateral o bilateral), miopía, astigmatismo, hipermetropía.</p>   | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>15. Enfermedades infecciosas o parasitarias</b>, por ejemplo: Sífilis y/o gonorrea, otras enfermedades de transmisión sexual, rubeola, citomegalovirus, otras enfermedades contagiosas, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, Hidatidosis, VIH positivo y/o SIDA.</p>   | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>16. Prótesis, Órtesis:</b> Señale si utiliza usted o cualquiera de sus beneficiarios algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audífonos, marcapasos, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas.</p>  | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>17. Cirugía y hospitalizaciones previas.</b><br/>¿Ha estado hospitalizado o ha sido intervenido quirúrgicamente en los últimos 18 meses?</p>  | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |
| <p><b>18. Otras Enfermedades.</b><br/>En caso de que Ud. o algunos de los asegurables haya padecido, le haya sido diagnosticada o esté en conocimiento de haber padecido o padecer actualmente de alguna enfermedad o situación que no se encuentre detallado en el listado de preguntas específicas, deberá detallarlo, a continuación, en el siguiente cuadro:</p>  | <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO |

## 7 Resumen de Patologías y/o Declaraciones de Salud declaradas correspondientes al titular y su grupo Familiar

Nombre (Apellido, Nombre)	Enfermedad o diagnóstico	Fecha diagnostico	Condición actual	Tratamientos	Otros antecedentes

**IMPORTANTE:** EN CUMPLIMIENTO CON LO DISPUESTO EN LA CIRCULAR N° 1935 DEL 5 DE AGOSTO DE 2009, INSTRUIDA POR LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO, EN EL SIGUIENTE PÁRRAFO SE RESUMEN ALGUNOS ANTECEDENTES IMPORTANTES QUE USTED DEBE CONSIDERAR, AL MOMENTO DE CONTRATAR O INCORPORARSE A ESTE SEGURO DE SALUD, USTED DEBE TENER PRESENTE:

ESTE ES UN SEGURO VOLUNTARIO, QUE REEMBOLSA SOLO LOS GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA Y DE CARGO DEL ASEGURADO.

ESTE SEGURO, NO SUSTITUYE LA COBERTURA QUE OTORGA LA ISAPRE O FONASA Y NO NECESARIAMENTE CUBRE LAS MISMAS PRESTACIONES.

LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE SEGURO SE ENCUENTRAN DEPOSITADAS CON EL CÓDIGO POL320230458 EN LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO. USTED PUEDE REVISAR ESTE TEXTO EN [WWW.CMFCHILE.CL](http://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 asegurados 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.

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 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 de la Póliza

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma

## Autorización de la Incorporación por parte del Contratante de la Póliza

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma Contratante

## 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. Las condiciones generales del Seguro se encuentran incorporadas en el depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL contratado.

### ESTE SEGURO:

**NO** CONTEMPLA RENOVACIÓN GARANTIZADA.

**SI** PODRÁ AUMENTAR LA PRIMA (PRECIO) EN CASO DE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.

**SI** CONSIDERA LA SINIESTRALIDAD INDIVIDUAL PARA EL AUMENTO DE LA PRIMA EN CASO DE RENOVACIÓN.

**NO** CUBRE PREEXISTENCIAS.