SOLICITUD DE INCORPORACIÓN BUPA CATASTRÓFICO

Bupa Seguros

◯ 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.
Podrán incorporarse a la póliza en calidad de Asegurados, las personas naturales que se encuentren afiliadas a una ISAPRE O FONASA durante toda la vigencia del seguro.

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 ◯ Depósito ◯ Vale vista

Tipo de cuenta ◯ Corriente ◯ Ahorro ◯ Vista **Nombre de Banco** _____ **Cuenta N°** _____

4 Antecedentes del Grupo Familiar

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

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN BUPA CATASTRÓFICO

Bupa Seguros

5 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
1. Enfermedades del sistema nervioso, 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).	◯ SI ◯ NO
2. Enfermedades del sistema respiratorio, 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.	◯ SI ◯ NO
3. Enfermedades del corazón y sistema circulatorio, por ejemplo: Aneurismas y/o disección de arterias carótidas, aorta abdominal y/o torácica, iliaca, femoral, u otras; angina de pecho, arritmias cardiacas; 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.	◯ SI ◯ NO
4. Enfermedades del sistema digestivo, 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/sigmoides/recto.	◯ SI ◯ NO
5. Enfermedades ginecológicas y de las mamas, por ejemplo: Endometriosis y/o endometritis, miomas, síndrome ovario poliquístico, patología de la mama.	◯ SI ◯ NO
6. Enfermedades renales o del sistema genitourinario, por ejemplo: Cálculo de las vías urinarias, hiperplasia de la próstata, adenoma de la próstata.	◯ SI ◯ NO
7. Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular, 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.	◯ SI ◯ NO
8. Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético, por ejemplo: Anemias por déficit de fierro, 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.	◯ SI ◯ NO
9. Enfermedades endocrinas, nutricionales o metabólicas, por ejemplo: Diabetes, dislipidemia, enfermedad de Addison, enfermedad de Cushing, hiperaldosteronismo, hipotiroidismo, hipertiroidismo y/o bocio, obesidad operada o no, resistencia insulínica.	◯ SI ◯ NO
10. Enfermedades Oncológicas y Síndromes mielodisplásicos/mieloproliferativos, por ejemplo: Cáncer de cualquier localización, linfoma Hodgkin, Linfoma no Hodgkin, leucemia, melanoma, NO DEBE DECLARAR AQUELLAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS EN QUE HAYAN TRANSCURRIDO 5 AÑOS DESDE LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO RADICAL, SIN RECAÍDA POSTERIOR.	◯ SI ◯ NO
11. Enfermedades tumorales benignas, por ejemplo: Nódulos, pólipos, quistes, lipomas, fibromas, hemangiomas, tumores óseos y otros tumores benignos, de cualquier localización. Debe detallar localización anatómica y tratamientos.	◯ SI ◯ NO
12. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, por ejemplo: Psoriasis, acné, rosácea.	◯ SI ◯ NO
13. Enfermedades del oído, nariz y garganta, por ejemplo: Sordera y/o hipoacusia, hipertrofia amigdalina y/ o adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal.	◯ SI ◯ NO
14. Enfermedades oculares, por ejemplo: Estrabismo, cataratas, glaucoma, retinopatías, ceguera total o parcial (unilateral o bilateral), miopía, astigmatismo, hipermetropía.	◯ SI ◯ NO
15. Enfermedades infecciosas o parasitarias, por ejemplo: Sífilis y/o gonorrea, otras enfermedades de trasmisión sexual, rubeola, citomegalovirus, otras enfermedades contagiosas, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, Hidatidosis, VIH positivo y/o SIDA.	◯ SI ◯ NO
16. Prótesis, Órtesis: 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.	◯ SI ◯ NO
17. Cirugía y hospitalizaciones previas. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido intervenido quirúrgicamente en los últimos 18 meses?	◯ SI ◯ NO
18. Otras Enfermedades. 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:	◯ SI ◯ NO

6 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**

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN BUPA CATASTRÓFICO

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, ES COMPLEMENTARIO A LAS COBERTURAS DE ISAPRE O FONASA.

LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE SEGURO SE ENCUENTRAN INCORPORADAS AL DEPÓSITO DE PÓLIZAS CON EL CÓDIGO POL320260105 EN LA COMISIÓN PARA EL MERCADO 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.

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 re presentantes, 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 POL320260105.

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.