

¿COMO COMPLETAR EL FORMULARIO DE SALUD?

SEGURO VIDA Y SALUD

- DATOS COMPLETADOS POR CALIDAD DE VIDA:** NO INCORPORAR INFORMACIÓN

Tipo de movimiento

marcar con una X lo que quiere realizar:

- ☒ Ingreso nuevo asegurado ☒ Ingreso nueva carga ☐ Aumento de capital asegurado
☐ Cambio de plan de salud ☐ Otro: (especificar) _____

Completar por el empleador

razón social empresa contratante		rut de la empresa	
DATOS INGRESADOS POR CALIDAD DE VIDA		DATOS INGRESADOS POR CALIDAD DE VIDA	
fecha de contrato trabajador __/__/__	ubicación física DATOS INGRESADOS POR CALIDAD DE VIDA		
grupo/tramo del seguro a incorporar al trabajador DATOS INGRESADOS POR CALIDAD DE VIDA		en caso de capital de rentas, indicar monto imponible: \$	
en caso de capital fijo, indicar monto de capital asegurable DATOS INGRESADOS POR CALIDAD DE VIDA			
fecha de solicitud __/__/__		firma / timbre empleador contratante	

- DATOS PERSONALES DEL TRABAJADOR O TRABAJADORA**

Coberturas contratadas

coberturas incluidas en el colectivo		en el caso que corresponda, indique coberturas voluntarias a contratar	
<input checked="" type="checkbox"/> Vida	<input checked="" type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Vida	<input type="checkbox"/> Salud
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Catastrófico	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Catastrófico

Antecedentes asegurado titular

rut	apellido paterno	apellido materno	nombres	sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
DATOS PERSONALES TRABAJADOR/TRABAJADORA				
fecha nacimiento (dd / mm / aaaa)	teléfono	email	estado civil casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/> conviviente <input type="checkbox"/>	
dirección particular (calle, número, depto.)			comuna	ciudad
actividad que realiza en la empresa (breve descripción)			deporte y/o hobby que practica	

Forma de pago de reembolso (sólo aplica para seguro complementario de salud)

banco	número de cuenta	<input type="checkbox"/> cuenta corriente	<input type="checkbox"/> cuenta vista
DATOS BANCARIOS	DATOS BANCARIOS		

original: compañía

una empresa del grupo security
www.vidasecurity.cl

- **INCORPORACIÓN DE CARGAS:** Agregar datos personales de cargas legales (pareja o hij@).

Antecedentes de las cargas (grupo familiar) a incluir en el seguro de salud u otro

	rut	apellidos paterno y materno	nombre	fecha nacim.	parentesco	sistema de salud (isapre o fonasa)
1		DATOS DE CARGAS LEGALES (HIJ@/PAREJA)				Fonasa
2						Fonasa
3						Fonasa
4						Fonasa
5						Fonasa
6						Fonasa

- **BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA:** Ingresar datos de beneficiarios del seguro de vida, este se activará en caso de muerte del trabajador/ra entregando un monto en UF a la(s) persona(s) que señales en este punto.

Designación de beneficiarios para el seguro de vida

	apellidos paterno y materno, nombre(s)	rut	parentesco	fecha nacim.	sexo	%
1	AGREGAR DATOS DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA				M	
	dirección particular (calle, número, depto., comuna)	teléfono	email			
2	apellidos paterno y materno, nombre(s)	rut	parentesco	fecha nacim.	M	
	dirección particular (calle, número, depto., comuna)	teléfono	email			
3	apellidos paterno y materno, nombre(s)	rut	parentesco	fecha nacim.	M	
	dirección particular (calle, número, depto., comuna)	teléfono	email			

- **PREEXISTENCIAS MÉDICAS DE SALUD:** Incluir información en caso de corresponder de persona con preexistencia médica, nombre, RUT, enfermedad y fecha de diagnóstico.

En caso de padecer o haber padecido alguna de las preexistencias indicadas, o cualquier otra enfermedad no señalada, usted debe DECLARAR a continuación (por usted y por su grupo familiar si es el caso):

	nombre del asegurable o carga (persona asegurada)	Rut	descripción de la enfermedad, embarazo o accidente	fecha diagnóstico	CIE (uso cía.)
1	PREEXISTENCIAS MEDICAS DE		PREEXISTENCIAS MEDICAS		
2	TRABAJADOR O CARGAS LEGALES				
3					
4					
5					
6					

Si requiere agregar observaciones sobre lo declarado, detallar a continuación:

EN CASO DE NECESITAR DETALLAR PREEXISTENCIA MÉDICA

- **DECLARAR ACTIVIDADES O DEPORTES RIESGOSOS:** En caso de practicar señalar que actividad, en caso de que no, señalar que usted y su grupo familiar no practican ninguna actividad o deporte.

6) Declaro por mí y por mi grupo familiar (si es el caso), que no realizamos ninguna actividad o deporte riesgoso, tales como: manejo de explosivos, trabajos en minas subterráneas, trabajos en altura o líneas de alta tensión, bungee, paracaidismo, piloto civil, alas delta, parapente, automovilismo, motociclismo, velerismo, buceo o inmersiones submarinas, montañismo, ski fuera de pista, espeleología, bombero, participación en carreras de velocidad, uso de moto como vehículo de traslado. En caso de efectuar alguna actividad o deporte riesgoso indicado, usted debe DECLARAR a continuación (por usted y por su grupo familiar si es el caso):

EN CASO DE NO PRACTICAR NINGUNA ACTIVIDAD O DEPORTE

RIESGOSO, DEBE SEÑALAR: Declaro por mí y por mi grupo familiar (si es el caso), que no realizamos ninguna actividad o deporte riesgoso.



- **FIRMA:** Señalar nombre y RUN en caso de autocompletar el formulario o firmar.

Observaciones generales

Este seguro se rige por las condiciones generales depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero cuyo(s) detalle(s) se encuentra(n) y forma(n) parte del contrato colectivo firmado con el contratante de la póliza. Usted puede revisar este(os) texto(s) en www.cmfchile.cl. Con la emisión de la presente propuesta, no se obtiene 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. Vida Security se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que tiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este compendio se encuentra en www.aach.cl. Asimismo, con la incorporación al seguro, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Vida Security o a través de la página web www.ddachile.cl.

fecha: ____/____/____

firma asegurado titular

.. . . .

¿QUE DOCUMENTOS SE DEBE ADJUNTAR?

Trabajador sin cargas:

FORMULARIO + CÉDULA DE IDENTIDAD POR AMBAS CARAS

Trabajador con carga legal:

FORMULARIO + CÉDULA DE IDENTIDAD POR AMBAS CARAS + CERTIFICADO DE NACIMIENTO HIJ@