



- **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	<input type="button" value="▼"/>
2					Fonasa	<input type="button" value="▼"/>
3					Fonasa	<input type="button" value="▼"/>
4					Fonasa	<input type="button" value="▼"/>
5					Fonasa	<input type="button" value="▼"/>
6					Fonasa	<input type="button" value="▼"/>

- **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) AGREGAR DATOS DE BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA	rut	parentesco	fecha nacim.	sexo	%
1	dirección particular (calle, número, depto., comuna)	teléfono		email	<input type="button" value="M"/>	<input type="button" value=""/>
2	apellidos paterno y materno, nombre(s) dirección particular (calle, número, depto., comuna)	rut	parentesco	fecha nacim.	sexo	%
3	apellidos paterno y materno, nombre(s) dirección particular (calle, número, depto., comuna)	rut	parentesco	fecha nacim.	sexo	%

- **PREEEXISTENCIAS 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	PREEEXISTENCIAS MEDICAS DE		PREEEXISTENCIAS 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 PREEEXISTENCIA 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](http://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](http://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](http://www.ddachile.cl).

fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

VDA security  
VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security  
VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security  
VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security  
VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security  
VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security  
VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security  
VDA security firma asegurado titular VDA security VDA security VDA security VDA security  
VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security VDA security

**¿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@**