

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

Fecha Recepción _____

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

- Vida N° Póliza _____
 Salud N° Póliza _____
 Catastrófico N° Póliza _____
 Dental N° Póliza _____

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(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Conviviente civil
 Sexo Masculino Femenino
 Peso (kgs.) _____ Estatura (mts.) _____ Renta Bruta Mensual (\$) _____ Capital (UF) _____
 Sistema de Salud Fonasa Isapre _____ Otra _____
 Fecha Inicio Vigencia _____ Fecha Ingreso Asegurado a la Empresa _____
 Ocupación / Actividad / Cargo _____

3 Antecedentes del Grupo Familiar

Nombre <i>(Apellidos, Nombres)</i>	Cédula de Identidad	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Sexo (M/F)	Isapre	Peso	Estatura
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

4 Beneficiarios Seguro de Vida *(En caso de fallecimiento del asegurado titular. Se recomienda designar personas mayores de edad)*

Nombre <i>(Apellido, Nombre)</i>	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 porcentajes ser igual a 100%. (Sólo válidas para coberturas de fallecimiento y muerte accidental).

5 Listado de Preguntas

Debe responder 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. Además, toda aquella situación, condición o padecimiento evidente, que se encuentre o no encuentre en un proceso de diagnóstico confirmatorio de una patología específica. TRATÁNDOSE DE PATOLOGÍAS ONCOLÓGICAS, DEBE DECLARAR TODAS AQUELLAS ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS QUE LE HAYAN SIDO DIAGNOSTICADAS, HAYAN REQUERIDO O NO TRATAMIENTO, A MENOS QUE HAYAN TRANSCURRIDO 5 AÑOS DESDE LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO RADICAL SIN RECAÍDA POSTERIOR, CASO EN EL CUAL NO DEBE DECLARARLAS.

Preguntas

Declara

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Enfermedades mentales o psiquiátricas o del comportamiento , por ejemplo: trastornos del ánimo, trastorno bipolar, trastorno adaptativo, trastornos alimentarios, depresión, intento de suicidio, neurosis, psicosis, esquizofrenia, problemas de dependencias (drogas, tabaco, alcohol, etc.). | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 2. Enfermedades del sistema nervioso , por ejemplo: accidentes cerebrovasculares (isquémicos o hemorrágicos), aneurismas cerebrales, quistes, hidrocefalia, traumatismo encéfalo craneano (TEC), fístulas del líquido céfalo raquídeo, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, esclerosis múltiple, neuropatías, jaqueca y/o migraña, meningitis, déficit atencional, o cualquier otra enfermedad del cráneo, cerebro, medular o de nervios periféricos. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 3. Enfermedades del sistema respiratorio , por ejemplo: asma, enfisema, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fibrosis quística, 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. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> 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, valvulopatías, arritmias (palpitaciones), accidentes cerebrovasculares, aneurismas, várices, flebitis, úlceras vasculares o cualquier otra enfermedad al corazón, arterias, venas o sistema circulatorio. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 5. Enfermedades del sistema digestivo , por ejemplo: úlcera al estómago o duodeno, 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. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 6. Enfermedades ginecológicas y de las mamas , por ejemplo: quistes, miomas, endometriosis, endometritis o cualquier enfermedad de este sistema como enfermedades del útero, de la mama y ovarios. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 7. Enfermedades renales o del sistema genitourinario , por ejemplo: nefritis, cistitis, cálculo al riñón, hiperplasia o adenoma de la próstata, varicocele, vesículas o testiculares o cualquier otra enfermedad de los componentes de este sistema como riñón, uréter, vejiga, uretra, próstata y genitales. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> 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. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 9. Enfermedades de la sangre o del sistema hematopoyético , por ejemplo: anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación o cualquier otra enfermedad de los componentes del sistema hematopoyético como los ganglios, vasos linfáticos y el bazo. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 10. Enfermedades endocrinas , nutricionales o metabólicas, por ejemplo: hipotiroidismo o hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, bulimia, anorexia, diabetes, resistencia insulínica, enfermedad de Addison o cualquier otra enfermedad de las glándulas endocrinas, enfermedades nutricionales o metabólicas. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 11. Enfermedades oncológicas , por ejemplo: cáncer de cualquier localización, linfoma Hodgkin, linfoma no Hodgkin, leucemia, mieloma múltiple, melanoma. IMPORTANTE: NO DEBE DECLARAR ENFERMEDAD ONCOLÓGICA, EN CASO DE QUE HAYAN TRANSCURRIDO 5 AÑOS DESDE LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO RADICAL, SIN RECAÍDA POSTERIOR. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 12. Enfermedades tumorales benignas , por ejemplo: nódulos, pólipos, quistes, lipomas, fibromas, hemangiomas, tumores óseos y otros tumores benignos, de cualquier localización. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 13. Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo , por ejemplo: hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, dermatitis, acné severo, rosácea u otras enfermedades dermatológicas. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 14. Enfermedades del oído, nariz y garganta , por ejemplo: otitis, sordera, hipertrofia de adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, o cualquier otra enfermedad de los oídos, nariz o garganta. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 15. 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. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 16. Enfermedades infecciosas o parasitarias , por ejemplo: sífilis, gonorrea, rubeola, citomegalovirus, toxoplasmosis, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, Hidatidosis, VIH positivo, SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 17. 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). | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 18. Indique hospitalizaciones anteriores. Indique si Ud. o alguno de sus beneficiarios ha estado hospitalizado y bajo que diagnóstico. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 19. Prótesis, órtesis: Señale si utiliza usted o cualquiera de sus beneficiarios algún tipo de prótesis u órtesis, tales como, audífonos, marcapaso, desfibrilador, bastones ortopédicos o muletas, silla de ruedas. | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 20. Consume algún tipo de medicamento en forma habitual. En caso afirmativo indicar nombre del medicamento, motivo de su consumo y diagnóstico: | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> 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 anomalía, defecto físico o anomalía congénita.
- Enfermedades del embarazo, parto o puerperio, por ejemplo: embarazo molar, preeclampsia o eclampsia, diabetes gestacional, aborto, asfisia 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.

6 En caso de 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. Tratándose de patologías oncológicas no deberá declararlas cuando hayan transcurrido cinco años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. Los datos que deberá especificar son los siguientes:

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

7 Declaración de Actividades

¿Practica usted o alguno de los asegurables indicados en esta solicitud algún deporte o actividad de riesgo, tales como paracaidismo, parapente, alas delta, bungee, andinismo, surf, automovilismo, motociclismo, uso de moto como transporte, buceo, motonáutica, canopy, navegación a vela, boxeo, artes marciales, hípica, rodeo, piloto civil o comercial, estudiante de piloto, pasajero de línea aérea no regular, u otras actividades o deporte riesgoso?

SI, detalle quién y cuál actividad. NO

Nombre Asegurable	Actividad
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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 SÓLO 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.
- 3.- Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos: Duración de este seguro. Cómo y en qué condiciones se renueva este seguro. De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación. En qué casos NO SE PAGARÁ ESTE SEGURO. Los requisitos para cobrar el seguro.
- 4.- En el siguiente cuadro se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro:
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.
Cobertura en preexistencias según las condiciones descritas en póliza y condicionado particular
- 5.- LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE SEGURO SE ENCUENTRAN 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, COMISIÓN 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. 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 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 tercero 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. Asimismo, declaro estar debidamente autorizado y tener el consentimiento de los miembros de grupo familiar para efectos de proporcionar sus datos con el objeto de su incorporación al seguro de que trata la presente solicitud.

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.