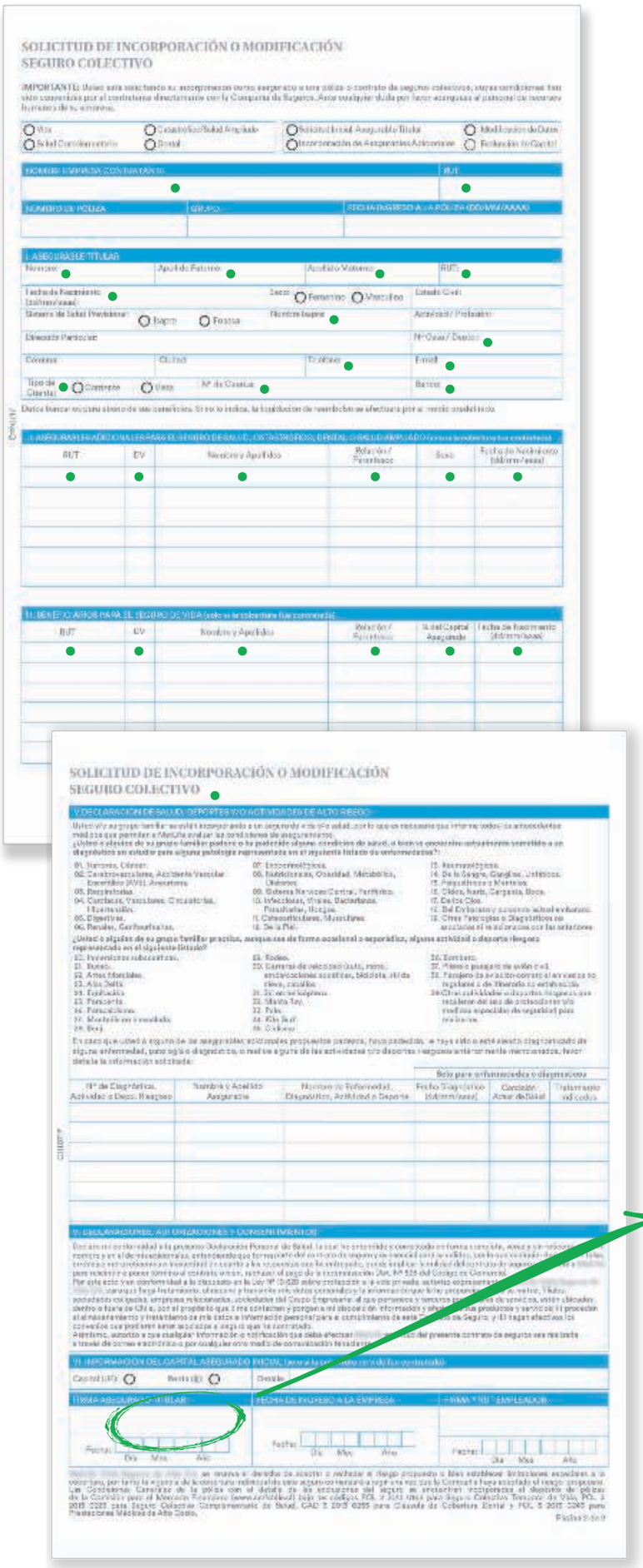
# Formulario de Incorporación


SOLICITUD DE INCORPORACIÓN O MODIFICACIÓN
SEGURO COLECTIVO

IMPORTANTE: Antes de suscribirse su incorporación como asegurado a este póliza o contrato de seguros colectivos, usted debe conocer las condiciones establecidas por el contratante directamente con la Compañía de Seguros. Ante cualquier duda por favor consúltela al personal de recursos humanos de su empresa.

I. ASEGURABLE TITULAR

II. BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN O MODIFICACIÓN
SEGURO COLECTIVO

V. DECLARACIÓN DE SALUD, DEPORTES Y/O ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO

VI. DECLARACIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS

VII. INFORMACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO FACIAL

FIRMA ASEGURADO TITULAR | FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA | FIRMA Y TIMBRE EMPLEADOR

## Quienes pueden incorporarse

**Titular:**
Empleado hasta los 64 años

**Cargas**
Cónyuge o conviviente (sea o no carga legal) hasta los 64 años.
Hijos (inscritos o no como carga legal) hasta 18 años o 24 si estudian

## Completando el Formulario

**Complete con detalle el formulario**, en especial todo lo indicado en verde. El no llenado de algún campo destacado en verde, será causal de rechazo por parte de la compañía.

**Indique su Isapre o Fonasa**, esto permitirá que los gastos médicos sean evaluados en forma más expedita.

**IMPORTANTE: indique su e-mail en forma clara, será el principal medio de comunicación.**

**Indique los datos de su cuenta bancaria**, ahí se depositarán los reembolsos. De lo contrario los pagos se efectúan mediante Vale Vista a retirar en sucursales bancarias.

**Asegurables dependientes para el seguro de salud:** solamente cónyuge e hijos del asegurado titular sea o no carga legal. No se permiten nietos, padres, etc. aun cuando sean carga legal.

**Beneficiarios para el seguro de vida:** las personas aquí mencionadas serán quienes reciban por parte de la aseguradora, la indemnización en caso de fallecimiento del asegurado titular. Puede designar a quien quiera, no hay restricciones. Debe indicar el porcentaje del total que se distribuirá a cada beneficiario.

De no designar beneficiarios, la aseguradora pagará a los herederos legales.

Entregue información respecto de sus enfermedades preexistentes o las de su grupo familiar. De no tener, tache.
**IMPORTANTE, debe firmar esta sección.**

Consentimiento para tratamiento de datos personales y consentimiento uso Canales Remotos. Debe firmar ambas secciones.

**IMPORTANTE: LA EMPRESA CONTRATANTE DEBE FIRMAR EN LA AUTORIZACIÓN DE LA INCORPORACIÓN**

Nota: lo indicado en este documento es informativo de los procedimientos y no constituye obligación para la aseguradora. Siempre predominará lo indicado en la póliza de seguros que se encuentra en poder de la empresa contratante.

PROBENEFIT
POTENCIAMOS RELACIONES