DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS
SEGURO COMPLEMENTARIO COLECTIVO

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Importante: Usted está solicitando su incorporación como Asegurado a una póliza o contrato de Seguro Colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por _____ , directamente con la Compañía de Seguros.

I. INCORPORACIÓN

Tipo de Incorporación ☐ Enrolamiento del Asegurado ☐ Incorporación de cargas

II. COBERTURA

☐ Vida ☐ Salud ☐ Dental ☐ Catastrófico

III. DATOS DE LA PÓLIZA

Nº Póliza	Nombre de Grupo
R.U.T Contratante ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ - ☐	Razón Social

IV. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres

R.U.T ☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐ - ☐	Renta $	Fecha de Nacimiento ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	Sexo ☐ Fem. ☐ Masc.
Peso / Estatura	Estado Civil ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo	Correo Electrónico	
Celular	Fecha Inicio Vigencia ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	Fecha Contrato Trabajo ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	

V. DATOS DE CARGAS DE SALUD (Sólo si la póliza tiene Seguro Complementario de Salud)

Ap.Paterno	Ap.Materno	Nombres	RUT	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	Estatura	Peso	Relación

VI. DECLARACIÓN DE SALUD

1. Usted o alguien del grupo familiar, padece, ha padecido o está en estudio de:

- Epilepsia, parkinson, vértigo, encefalopatía, esclerosis múltiple, accidente cerebrovascular, aneurismas, encefalitis, neuropatías, parálisis, accidente vascular, derrame cerebral. Transtornos del ánimo, depresión u otras enfermedades psiquiátricas, esquizofrenia, neurosis, psicosis.
- Enfisema, asma, neumotórax, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), fibrosis quística, pleuresía, tuberculosis, tos persistente o cualquier enfermedad de los pulmones o sistema respiratorio.
- Hipertensión arterial, angina o dolor al pecho, infarto cardiaco, by-pass o angioplastia coronaria, soplo cardiaco, enfermedad reumática arritmia, marcapaso.
- Várices o tromboflebitis, claudicación intermitente, anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, hemorragias, aplasia medular, enfermedad del bazo o médula ósea.
- Enfermedades del esófago, estómago, intestino, hígado, vesícula, páncreas ictericia, hepatitis B o C, cirrosis, hemorragia digestiva, ulcera colitis ulcerosa, diverticulitis, hernia, varices esofágicas, esófago de Barret, enfermedad de Chron.
- Pielonefritis, nefritis, cálculos renales, infecciones urinarias, nefrectomía, riñones poliquísticos, insuficiencia renal, malformación de los riñones y/o de las vías urinarias, vejiga, testículos o próstata.
- Enfermedad de mamas, mioma uterino, endometriosis, quistes ováricos benignos, displasia mamaria, anexitis o enfermedades de transmisión sexual (venéreas), VIH o Sida.
- Enfermedades de la piel, lesiones ulceradas, eritema nodoso, psoriasis, púrpura, lupus, melanoma benigno, lunar de crecimientos rápidos, pruriginosos o infectados, secuelas de quemaduras, rosácea, acné severo, enfermedad infectocontagiosa en edad adulta (Sarampión, varicela, rubéola, paperas) fiebre tifoidea, meningitis.
- Enfermedad de huesos, músculos y/o articulaciones, artrosis, artritis reumatoide, gota, ciática, reumatismo.
- Diabetes, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, síndrome metabólico, obesidad, anorexia, bulimia, colesterol alto, trastornos tiroideos, hipotiroidismo, hipertiroidismo, bocio o enfermedades metabólicas.
- Durante los últimos 5 años le ha sido diagnosticado, está en estudio, en tratamiento o una recidiva de algún tipo de cáncer (leucemia, aplasia medular, linfomas, melanomas).
- Cataratas, glaucomas, retinopatía, sordera. Malformaciones congénitas, trasplante de algún órgano.
- Embarazo confirmado con fecha actual.

¿Usted o alguien del grupo familiar, padece, ha padecido o está en estudio de alguna de las condiciones mencionadas u otras no especificadas anteriormente?

☐ SI ☐ NO En caso de responder afirmativamente, proceda a declarar los datos solicitados en el cuadro a continuación:

Ap.Paterno	Ap.Materno	Nombres	Enfermedad	Fecha de Diagnóstico Día Mes Año

2. Usted o algún miembro del grupo familiar practica alguna actividad o deporte riesgoso, aunque lo haga en forma ocasional y esporádica, considerándose como tales los que requieran del uso de protecciones y/o medidas especiales de seguridad para realizarlos. A vía de ejemplo y sin que la enumeración sea taxativa o restrictiva: Inmersiones subacuáticas, buceo, artes marciales, alas delta,equitación, parapente, paracaidismo, montañismo o escalada, benji, rodeo, carreras de velocidad (auto, moto, embarcaciones acuáticas, bicicleta, ski de nieve, caballos), ski en helicóptero, manta ray, polo, kite surf, carreras a caballo, ciclismo, bombero, piloto o pasajero de aviación civil, pasajero de aviación comercial en vuelos no regulares o de itinerario no establecido. Estas actividades, deportes o hobbies están excluidas, salvo que sean declarados en esta solicitud de seguro o durante su vigencia y aceptados expresamente por la Compañía.

☐ SI ☐ NO En caso de responder afirmativamente, proceda a declarar los datos solicitados en el cuadro a continuación:

Ap.Paterno	Ap.Materno	Nombres	Deporte/Actividad	Frecuencia

Fecha | Firma Asegurado Titular

DECLARACIÓN ESPECIAL

Declaro en mi nombre y en el de las personas incorporadas que estoy en conocimiento acepto y entiendo que la Compañía aseguradora no es ni será nunca responsable del pago del beneficio cuando el siniestro sea consecuencia directa o indirecta de una enfermedad preexistente a la fecha o de la práctica de alguna de las actividad o deporte riesgoso, si ésta es una de las señaladas y declaradas por mi en el cuadro asignado con el número VI precedente. Certifico que los datos declarados son exactos y fidedignos y me doy por enterado que dicha declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía y que una omisión o declaración falsa, errónea o reticencia de mi parte implica la nulidad de la cobertura de este seguro, es decir, la Compañía de Seguros no estará obligada a pagar la indemnización. Autorizo a Seguros de Vida Suramericana S.A. para que en caso de siniestro requiera de información de cualquier persona que en el pasado me haya asistido o atendido por causa de alguna dolencia. Libero a los médicos, clínicas y hospitales de cualquier obligación de reserva sobre antecedentes de mi salud. Autorizo a Seguros de Vida Suramericana S.A. a informar, al contratante de la póliza colectiva, mis antecedentes médicos que fundamenten el rechazo, sobretarificación u otra decisión de la Compañía respecto de la cobertura solicitada. Atorizo a la compañía a enviar correspondencia e información sobre mi cobertura de seguros a través del correo electrónico.

Fecha | Firma Asegurado Titular

VII. DATOS CUENTA BANCARIA ASEGURADO (Completar sólo en caso de Cobertura de Salud)

Banco	Tipo de Cuenta ☐ Corriente ☐ Vista	Nº Cta. Cte.

VIII. EVALUACIÓN MÉDICA

Evaluador	Fecha

Dictamen

Observaciones: