



SOLICITUD DE INCORPORACIÓN

SEGURO COLECTIVO DE SALUD

CHILENA
CONSOLIDADA
Miembro del grupo Zurich Financial Services

Uso Exclusivo Compañía

Número de Solicitud

INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

Número de Póliza	Empresa Contratante	R.U.T.
A - 1 6 6 6 3 2 2	COLEGIO DE CIRUJANO DENTISTA DE CHILE A.G.	82.955.400-3

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

R.U.T.	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil

Teléfono de Contacto	Correo Electrónico del Colegiado	Fecha Ingreso Institución

SI LA FORMA DE PAGO DE LOS REEMBOLSOS DE SALUD ES CON DEPOSITO EN CUENTA CORRIENTE PERSONAL

Cuenta Corriente <input type="checkbox"/>	Cuenta de Ahorro <input type="checkbox"/>	Cuenta a la Vista <input type="checkbox"/>	Nombre del Banco

Número de Cuenta (Completar con Guiones)	Oficina de destino del Banco al que pertenece la Cta.

DECLARACIÓN DE SALUD

La descripción, características y extensión del riesgo es obligación que sea declarada por el asegurable, para que la Compañía pueda hacer una correcta evaluación del mismo, por lo que le solicitamos atender cuidadosamente lo siguiente:

Declaro que:

- 1.- No padezco, no he padecido o tenido síntomas ni estoy en proceso de diagnóstico de ninguna de las siguientes enfermedades: diabetes, cáncer o tumores de cualquier naturaleza, afecciones cardiovasculares, bronco pulmonares, génito - urinarias, hepáticas, pancreáticas, gastrointestinales, osteoarticulares degenerativas, desmielinizantes, dolores al pecho, hipertensión arterial, colesterol elevado, patologías auto inmunes ni congénitas, afecciones al sistema circulatorio, afecciones neurológicas, **o cualquier enfermedad a la que no se aluda directamente.**
- 2.- De acuerdo a mi relación peso - estatura, no presento sobrepeso, obesidad, y no he estado o estoy en estudio o tratamiento por esta causa.
- 3.- No presento secuelas de lesiones accidentales o congénitas, y tampoco estoy en proceso de rehabilitación de dichas lesiones.
- 4.- No he estado en un hospital, clínica o sanatorio a causa de alcoholismo, drogadicción, trastornos mentales o del sistema nervioso, no he estado o estoy sometido a ningún tratamiento por estas causas, como tampoco he tenido diagnóstico médico de que tales tratamientos sean necesarios en mi caso.

Continuación

- 5.- No tengo o he sido informado de padecer de Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), complejo relacionado al SIDA (CRS) o condiciones relacionadas al SIDA.
- 6.- No practico ningún deporte, actividad o hobby que puedan considerarse como obviamente peligrosos.
- 7.- Solo mujeres: No me encuentro embarazada.

NOTA: Si el asegurado padece o ha padecido alguna enfermedad diagnosticada con anterioridad a la fecha en que se completa esta solicitud, ha tenido síntomas o se encuentra en proceso de diagnóstico de alguna enfermedad, está embarazada o practica algún deporte, actividad o hobby riesgoso, favor indíquelo a continuación.

DEPORTE, ACTIVIDAD O HOBBY**FRECUENCIA**

DEPORTE, ACTIVIDAD O HOBBY	FRECUENCIA

PADECIMIENTO O ENFERMEDAD**FECHA DE DIAGNOSTICO**

PADECIMIENTO O ENFERMEDAD	FECHA DE DIAGNOSTICO

NOTA:

- Confirmando la exactitud y veracidad de la información contenida en este documento, por lo que declaro estar en conocimiento que mis declaraciones son necesarias para la apreciación del riesgo y que cualquier reticencia, declaración errónea, falsa o incompleta, importa la nulidad del contrato y libera a la Compañía del pago de los beneficios contemplados en la póliza.
- Además declaro expresamente estar en conocimiento que la presentación de esta solicitud no otorga cobertura sino hasta haber sido evaluada y aceptada por la Compañía.
- Autorizo a cualquier médico u otra persona que me hubiese asistido en los padecimientos, a revelar a la compañía todos los datos y antecedentes patológicos que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestarme sus servicios.
- Independiente del inicio de vigencia de cobertura, acepto que si no se indica la fecha de la declaración de esta solicitud de incorporación, se considerará como fecha válida de la declaración, la fecha en la cual el documento fue recibido por la Compañía.

FECHA DE LA DECLARACIÓN_____
FIRMA DEL SOLICITANTE**USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA** 1.- Salud
