

Solicitud de Seguro Colectivo

Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas directamente con la compañía de seguros, por _____

Tipo de movimiento

marcar con una X lo que quiere realizar:

- Ingreso nuevo asegurado
 Ingreso nueva carga
 Aumento de capital asegurado
 Cambio de plan de salud
 Otro: (especificar) _____

Completar por el empleador

razón social empresa contratante		rut de la empresa
fecha de contrato trabajador __ __ / __ __ / __ __ __ __	ubicación física	inicio de vigencia requerida __ __ / __ __ / __ __ __ __
grupo/tramo del seguro a incorporar al trabajador	en caso de capital de rentas, indicar monto imponible: \$	
en caso de capital fijo, indicar monto de capital asegurable		
fecha de solicitud __ __ / __ __ / __ __ __ __	 firma / timbre empleador contratante	

Coberturas contratadas

coberturas incluidas en el colectivo <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Catastrófico	en el caso que corresponda, indique coberturas voluntarias a contratar <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Catastrófico
--	--

Antecedentes asegurado titular

rut	apellido paterno	apellido materno	nombres	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
fecha nacimiento (dd / mm / aaaa) __ __ / __ __ / __ __ __ __	teléfono	mail	estado civil <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> viudo	
dirección particular (calle, número, depto.)			comuna	ciudad
actividad que realiza en la empresa (breve descripción)			deporte y/o hobby que practica	

Forma de pago de reembolso (sólo aplica para seguro complementario de salud)

banco	número de cuenta	<input type="checkbox"/> cuenta corriente <input type="checkbox"/> cuenta vista
-------	------------------	---

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						
2						
3						
4						
5						
6						

Designación de beneficiarios para el seguro de vida

	apellidos paterno y materno, nombre(s)	rut	parentesco	fecha nacim	sexo	%
1						
2						
3						
4						
5						

Al designar a más de un beneficiario, se debe indicar el % que corresponda a cada uno, de no ser indicado, la aseguradora asumirá que el capital será distribuido en partes iguales entre la totalidad de beneficiarios designados.

El beneficiario podrá ser modificado cuantas veces se requiera, a través del formulario "Actualización de Beneficiario". Para el asegurador, será válida la última actualización de beneficiario.

Se recomienda no designar como beneficiario a menores de 18 años, ya que tal situación podría demorar el pago de la indemnización.

Declaración del asegurado

Mediante el presente documento, DECLARO CONOCER Y ACEPTAR lo siguiente:

- 1) Que conozco todos los requisitos de (o los) seguro (s) , y que he recibido de mi empresa todas las condiciones de (o los) seguros.
- 2) Que estoy en conocimiento de las exclusiones que se detallan en las condiciones generales del (o los) seguro(os).
- 3) Que estoy en conocimiento y acepto que este seguro no cubre enfermedades preexistentes, entendiendo como tal cualquier enfermedad o embarazo o accidente, diagnosticado(s), conocido(s) u ocurrido(s), con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de mi seguro, o con anterioridad a la fecha de llenado de la presente solicitud (para mi y para mi grupo familiar si es el caso).
- 4) Que estoy en conocimiento y acepto que el seguro no cubre la realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo, es decir, pongan en riesgo mi integridad física y/o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos (para mi y para mi grupo familiar si es el caso).
- 5) Declaro por mi y mis cargas (grupo familiar en el seguro si es el caso), estar en buenas condiciones de salud y no padecer ni haber padecido ninguna de las siguientes enfermedades: **Enfermedades Cardiovasculares:** Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, arritmia coronaria, valvulopatía cardíaca, aneurisma, hipertensión pulmonar, insuficiencia venosa (várices), enfermedad obstructiva de las arterias. **Enfermedades pulmonares o Bronquiales Crónicas:** Apnea del sueño, enfermedad bronquial obstructiva crónica, asma, fibrosis pulmonar, tuberculosis, bronquiectasia, enfisema. **Enfermedades Oncológicas:** Cáncer, tumores, leucemia, linfomas, mieloma múltiple. **Enfermedades Endocrinas:** Diabetes, enfermedades de la tiroide, enfermedades de la hipófisis. **Tumores Benignos:** Bocio, tumor cerebral, neoplasias intraepitelial, pólipos intestinales, adenoma de próstata. **Enfermedades Renales:** Insuficiencia renal crónica, glomerulopatías, nefropatías. **Enfermedades Digestivas:** cirrosis hepática, daño hepático crónico, hígado graso, pancreatitis, colitis ulcerosa, enfermedad de crohn, reflujo gastroesofágico, síndrome ulceroso gastroduodenal. **Enfermedades Neurológicas:** Accidente vascular encefálico, esclerosis múltiple, hemiplejía, hemiparesia, epilepsia, TEC, neuropatía periférica, Enfermedad de Parkinson, Miastenia gravis, Esclerosis múltiple. **Patología de Columna:** Hernia, discopatía, espondiloartrosis, estenorraquis. **Patología del Aparato Músculo Esquelético:** Artritis, lupus, artrosis, tendinopatía, fibromialgía, amputación de extremidades. **Patologías que limitan la vista o la audición:** Cataratas, glaucoma, retinopatía, maculopatía, miopía, astigmatismo, vértigo, hipoacusia, tinnitus. **Patologías de la Nutrición:** Obesidad, sobrepeso, desnutrición, bulimia, anorexia, enfermedad celiaca, intolerancia lactosa. **Enfermedades autoinmunes o de transmisión sexual:** Sífilis, gonorrea, SIDA, virus papiloma. Embarazo (para personas sexo femenino embarazada a la fecha de esta solicitud).

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)	descripción de la enfermedad, embarazo o accidente	fecha diagnóstico	CIE (uso cía.)
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Si requiere agregar observaciones sobre lo declarado, detallar a continuación: _____

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):

7) **Acepto que todo lo declarado, sus consecuencias y complicaciones, no tendrá cobertura en el seguro.**

8) **Pago de la prima:** En caso que el seguro deba ser financiado en parte o totalmente por el asegurado, declaro que acepto que el importe de la prima sea descontada de mi remuneración.

9) Conforme lo señalado en la Ley N° 19.628, relativa a la Protección de la Vida Privada, por este acto vengo a facultar expresamente a la Compañía de Seguros a la que estoy solicitando el (los) presente(s) Seguro(s), o quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la aseguradora para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. Asimismo, consiento expresamente para que la Compañía aseguradora tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios con la salud, según lo expresa el artículo 127 del Código Sanitario, modificado por la ley ya citada. Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la Compañía aseguradora en el análisis del otorgamiento de seguros, modificaciones de coberturas, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, con estos mismos fines.

CONFIRMO LA EXACTITUD Y VERACIDAD DE LA PRESENTE DECLARACIÓN Y QUE NADA HE OCULTADO U OMITIDO O DISMINUIDO EN ELLA.

Solicitud de Seguro Colectivo

Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas directamente con la compañía de seguros, por _____

Tipo de movimiento

marcar con una X lo que quiere realizar:

- Ingreso nuevo asegurado
 Ingreso nueva carga
 Aumento de capital asegurado
 Cambio de plan de salud
 Otro: (especificar) _____

Completar por el empleador

razón social empresa contratante		rut de la empresa
fecha de contrato trabajador __ __ / __ __ / __ __ __ __	ubicación física	inicio de vigencia requerida __ __ / __ __ / __ __ __ __
grupo/tramo del seguro a incorporar al trabajador	en caso de capital de rentas, indicar monto imponible: \$	
en caso de capital fijo, indicar monto de capital asegurable		
fecha de solicitud __ __ / __ __ / __ __ __ __	 firma / timbre empleador contratante	

Coberturas contratadas

coberturas incluidas en el colectivo <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Catastrófico	en el caso que corresponda, indique coberturas voluntarias a contratar <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Catastrófico
--	--

Antecedentes asegurado titular

rut	apellido paterno	apellido materno	nombres	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
fecha nacimiento (dd / mm / aaaa) __ __ / __ __ / __ __ __ __	teléfono	mail	estado civil <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> viudo	
dirección particular (calle, número, depto.)			comuna	ciudad
actividad que realiza en la empresa (breve descripción)			deporte y/o hobby que practica	

Forma de pago de reembolso (sólo aplica para seguro complementario de salud)

banco	número de cuenta	<input type="checkbox"/> cuenta corriente <input type="checkbox"/> cuenta vista
-------	------------------	---

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						
2						
3						
4						
5						
6						

Designación de beneficiarios para el seguro de vida

	apellidos paterno y materno, nombre(s)	rut	parentesco	fecha nacim	sexo	%
1						
2						
3						
4						
5						

Al designar a más de un beneficiario, se debe indicar el % que corresponda a cada uno, de no ser indicado, la aseguradora asumirá que el capital será distribuido en partes iguales entre la totalidad de beneficiarios designados.

El beneficiario podrá ser modificado cuantas veces se requiera, a través del formulario "Actualización de Beneficiario". Para el asegurador, será válida la última actualización de beneficiario.

Se recomienda no designar como beneficiario a menores de 18 años, ya que tal situación podría demorar el pago de la indemnización.

Declaración del asegurado

Mediante el presente documento, DECLARO CONOCER Y ACEPTAR lo siguiente:

- 1) Que conozco todos los requisitos de (o los) seguro (s) , y que he recibido de mi empresa todas las condiciones de (o los) seguros.
- 2) Que estoy en conocimiento de las exclusiones que se detallan en las condiciones generales del (o los) seguro(os).
- 3) Que estoy en conocimiento y acepto que este seguro no cubre enfermedades preexistentes, entendiendo como tal cualquier enfermedad o embarazo o accidente, diagnosticado(s), conocido(s) u ocurrido(s), con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de mi seguro, o con anterioridad a la fecha de llenado de la presente solicitud (para mi y para mi grupo familiar si es el caso).
- 4) Que estoy en conocimiento y acepto que el seguro no cubre la realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo, es decir, pongan en riesgo mi integridad física y/o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos (para mi y para mi grupo familiar si es el caso).
- 5) Declaro por mi y mis cargas (grupo familiar en el seguro si es el caso), estar en buenas condiciones de salud y no padecer ni haber padecido ninguna de las siguientes enfermedades: **Enfermedades Cardiovasculares:** Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, arritmia coronaria, valvulopatía cardíaca, aneurisma, hipertensión pulmonar, insuficiencia venosa (várices), enfermedad obstructiva de las arterias. **Enfermedades pulmonares o Bronquiales Crónicas:** Apnea del sueño, enfermedad bronquial obstructiva crónica, asma, fibrosis pulmonar, tuberculosis, bronquiectasia, enfisema. **Enfermedades Oncológicas:** Cáncer, tumores, leucemia, linfomas, mieloma múltiple. **Enfermedades Endocrinas:** Diabetes, enfermedades de la tiroide, enfermedades de la hipófisis. **Tumores Benignos:** Bocio, tumor cerebral, neoplasias intraepitelial, pólipos intestinales, adenoma de próstata. **Enfermedades Renales:** Insuficiencia renal crónica, glomerulopatías, nefropatías. **Enfermedades Digestivas:** cirrosis hepática, daño hepático crónico, hígado graso, pancreatitis, colitis ulcerosa, enfermedad de crohn, reflujo gastroesofágico, síndrome ulceroso gastroduodenal. **Enfermedades Neurológicas:** Accidente vascular encefálico, esclerosis múltiple, hemiplejía, hemiparesia, epilepsia, TEC, neuropatía periférica, Enfermedad de Parkinson, Miastenia gravis, Esclerosis múltiple. **Patología de Columna:** Hernia, discopatía, espondiloartrosis, estenorraquis. **Patología del Aparato Músculo Esquelético:** Artritis, lupus, artrosis, tendinopatía, fibromialgía, amputación de extremidades. **Patologías que limitan la vista o la audición:** Cataratas, glaucoma, retinopatía, maculopatía, miopía, astigmatismo, vértigo, hipoacusia, tinnitus. **Patologías de la Nutrición:** Obesidad, sobrepeso, desnutrición, bulimia, anorexia, enfermedad celiaca, intolerancia lactosa. **Enfermedades autoinmunes o de transmisión sexual:** Sífilis, gonorrea, SIDA, virus papiloma. Embarazo (para personas sexo femenino embarazada a la fecha de esta solicitud).

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)	descripción de la enfermedad, embarazo o accidente	fecha diagnóstico	CIE (uso cía.)
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Si requiere agregar observaciones sobre lo declarado, detallar a continuación: _____

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):

7) **Acepto que todo lo declarado, sus consecuencias y complicaciones, no tendrá cobertura en el seguro.**

8) **Pago de la prima:** En caso que el seguro deba ser financiado en parte o totalmente por el asegurado, declaro que acepto que el importe de la prima sea descontada de mi remuneración.

9) Conforme lo señalado en la Ley N° 19.628, relativa a la Protección de la Vida Privada, por este acto vengo a facultar expresamente a la Compañía de Seguros a la que estoy solicitando el (los) presente(s) Seguro(s), o quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la aseguradora para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. Asimismo, consiento expresamente para que la Compañía aseguradora tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios con la salud, según lo expresa el artículo 127 del Código Sanitario, modificado por la ley ya citada. Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la Compañía aseguradora en el análisis del otorgamiento de seguros, modificaciones de coberturas, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, con estos mismos fines.

CONFIRMO LA EXACTITUD Y VERACIDAD DE LA PRESENTE DECLARACIÓN Y QUE NADA HE OCULTADO U OMITIDO O DISMINUIDO EN ELLA.

Solicitud de Seguro Colectivo

Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas directamente con la compañía de seguros, por _____

Tipo de movimiento

marcar con una X lo que quiere realizar:

- Ingreso nuevo asegurado
 Ingreso nueva carga
 Aumento de capital asegurado
 Cambio de plan de salud
 Otro: (especificar) _____

Completar por el empleador

razón social empresa contratante		rut de la empresa
fecha de contrato trabajador __ __ / __ __ / __ __ __ __	ubicación física	inicio de vigencia requerida __ __ / __ __ / __ __ __ __
grupo/tramo del seguro a incorporar al trabajador	en caso de capital de rentas, indicar monto imponible: \$	
en caso de capital fijo, indicar monto de capital asegurable		
fecha de solicitud __ __ / __ __ / __ __ __ __	 firma / timbre empleador contratante	

Coberturas contratadas

coberturas incluidas en el colectivo <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Catastrófico	en el caso que corresponda, indique coberturas voluntarias a contratar <input type="checkbox"/> Vida <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Catastrófico
--	--

Antecedentes asegurado titular

rut	apellido paterno	apellido materno	nombres	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
fecha nacimiento (dd / mm / aaaa) __ __ / __ __ / __ __ __ __	teléfono	mail	estado civil <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> viudo	
dirección particular (calle, número, depto.)			comuna	ciudad
actividad que realiza en la empresa (breve descripción)			deporte y/o hobby que practica	

Forma de pago de reembolso (sólo aplica para seguro complementario de salud)

banco	número de cuenta	<input type="checkbox"/> cuenta corriente <input type="checkbox"/> cuenta vista
-------	------------------	---

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						
2						
3						
4						
5						
6						

Designación de beneficiarios para el seguro de vida

	apellidos paterno y materno, nombre(s)	rut	parentesco	fecha nacim	sexo	%
1						
2						
3						
4						
5						

Al designar a más de un beneficiario, se debe indicar el % que corresponda a cada uno, de no ser indicado, la aseguradora asumirá que el capital será distribuido en partes iguales entre la totalidad de beneficiarios designados.

El beneficiario podrá ser modificado cuantas veces se requiera, a través del formulario "Actualización de Beneficiario". Para el asegurador, será válida la última actualización de beneficiario.

Se recomienda no designar como beneficiario a menores de 18 años, ya que tal situación podría demorar el pago de la indemnización.

Declaración del asegurado

Mediante el presente documento, DECLARO CONOCER Y ACEPTAR lo siguiente:

- 1) Que conozco todos los requisitos de (o los) seguro (s) , y que he recibido de mi empresa todas las condiciones de (o los) seguros.
- 2) Que estoy en conocimiento de las exclusiones que se detallan en las condiciones generales del (o los) seguro(os).
- 3) Que estoy en conocimiento y acepto que este seguro no cubre enfermedades preexistentes, entendiendo como tal cualquier enfermedad o embarazo o accidente, diagnosticado(s), conocido(s) u ocurrido(s), con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de mi seguro, o con anterioridad a la fecha de llenado de la presente solicitud (para mi y para mi grupo familiar si es el caso).
- 4) Que estoy en conocimiento y acepto que el seguro no cubre la realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo, es decir, pongan en riesgo mi integridad física y/o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos (para mi y para mi grupo familiar si es el caso).
- 5) Declaro por mi y mis cargas (grupo familiar en el seguro si es el caso), estar en buenas condiciones de salud y no padecer ni haber padecido ninguna de las siguientes enfermedades: **Enfermedades Cardiovasculares:** Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, arritmia coronaria, valvulopatía cardíaca, aneurisma, hipertensión pulmonar, insuficiencia venosa (várices), enfermedad obstructiva de las arterias. **Enfermedades pulmonares o Bronquiales Crónicas:** Apnea del sueño, enfermedad bronquial obstructiva crónica, asma, fibrosis pulmonar, tuberculosis, bronquiectasia, enfisema. **Enfermedades Oncológicas:** Cáncer, tumores, leucemia, linfomas, mieloma múltiple. **Enfermedades Endocrinas:** Diabetes, enfermedades de la tiroide, enfermedades de la hipófisis. **Tumores Benignos:** Bocio, tumor cerebral, neoplasias intraepitelial, pólipos intestinales, adenoma de próstata. **Enfermedades Renales:** Insuficiencia renal crónica, glomerulopatías, nefropatías. **Enfermedades Digestivas:** cirrosis hepática, daño hepático crónico, hígado graso, pancreatitis, colitis ulcerosa, enfermedad de crohn, reflujo gastroesofágico, síndrome ulceroso gastroduodenal. **Enfermedades Neurológicas:** Accidente vascular encefálico, esclerosis múltiple, hemiplejía, hemiparesia, epilepsia, TEC, neuropatía periférica, Enfermedad de Parkinson, Miastenia gravis, Esclerosis múltiple. **Patología de Columna:** Hernia, discopatía, espondiloartrosis, estenorraquis. **Patología del Aparato Músculo Esquelético:** Artritis, lupus, artrosis, tendinopatía, fibromialgia, amputación de extremidades. **Patologías que limitan la vista o la audición:** Cataratas, glaucoma, retinopatía, maculopatía, miopía, astigmatismo, vértigo, hipoacusia, tinnitus. **Patologías de la Nutrición:** Obesidad, sobrepeso, desnutrición, bulimia, anorexia, enfermedad celiaca, intolerancia lactosa. **Enfermedades autoinmunes o de transmisión sexual:** Sífilis, gonorrea, SIDA, virus papiloma. Embarazo (para personas sexo femenino embarazada a la fecha de esta solicitud).

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)	descripción de la enfermedad, embarazo o accidente	fecha diagnóstico	CIE (uso cía.)
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Si requiere agregar observaciones sobre lo declarado, detallar a continuación: _____

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):

7) **Acepto que todo lo declarado, sus consecuencias y complicaciones, no tendrá cobertura en el seguro.**

8) **Pago de la prima:** En caso que el seguro deba ser financiado en parte o totalmente por el asegurado, declaro que acepto que el importe de la prima sea descontada de mi remuneración.

9) Conforme lo señalado en la Ley N° 19.628, relativa a la Protección de la Vida Privada, por este acto vengo a facultar expresamente a la Compañía de Seguros a la que estoy solicitando el (los) presente(s) Seguro(s), o quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la aseguradora para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. Asimismo, consiento expresamente para que la Compañía aseguradora tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios con la salud, según lo expresa el artículo 127 del Código Sanitario, modificado por la ley ya citada. Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la Compañía aseguradora en el análisis del otorgamiento de seguros, modificaciones de coberturas, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, con estos mismos fines.

CONFIRMO LA EXACTITUD Y VERACIDAD DE LA PRESENTE DECLARACIÓN Y QUE NADA HE OCULTADO U OMITIDO O DISMINUIDO EN ELLA.

