



DEBE SER LLENADO POR EL ASEGURADO TITULAR

<input type="checkbox"/> Ingreso nuevo Asegurado	<input type="checkbox"/> Ingreso de cargas (**solo en caso que el funcionario ya esté asegurado)
--	--

MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DEL PRESENTE FORMULARIO, SE AUTORIZA DESCUENTO MENSUAL EN CONCEPTO DE PAGO DE SEGURO (adhesión de carácter voluntario).
LA ACTIVACIÓN DEL SEGURO SERÁ REALIZADA AL PRIMER DÍA DEL MES SIGUIENTE AL DESCUENTO DE LA PRIMA.

Declaro y acepto que Consorcio Nacional de Seguros de Vida use mis datos personales para la contratación del seguro.

DEBE SER LLENADO POR EL ASEGURADO TITULAR

Rut Titular	Apellidos	Nombres	
Fecha Nacimiento <small>día mes año</small>	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Civil	Institución de Salud <input type="checkbox"/> Isapre _____ <input type="checkbox"/> Fonasa <input type="checkbox"/> Otro _____ (Capredena, Fusat, etc.)
Teléfono	Correo Electrónico	Cargo	Unidad

INFORMACIÓN PARA PAGO DE REEMBOLSO

Transferencia Vale Vista

Tipo de Cuenta	<input type="checkbox"/> Corriente	<input type="checkbox"/> Ahorro	<input type="checkbox"/> Vista	Banco	N° Cuenta
----------------	------------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	-------	-----------

ANTECEDENTES PARA ASEGURAR CARGAS LEGALES O CARGAS DE SALUD (Carga de salud puede ser padre, madre, hijo o cónyuge carga no legal)

Nombres y Apellidos	RUT	Relación con Titular	Fecha Nacimiento			Sexo
			día	mes	año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-	-	-	día	mes	año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-	-	-	día	mes	año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-	-	-	día	mes	año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-	-	-	día	mes	año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-	-	-	día	mes	año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-	-	-	día	mes	año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

BENEFICIARIO SEGURO DE VIDA (en caso de fallecimiento del asegurado titular)

Nombres y Apellidos	RUT	Relación con Titular	% Participación
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-
-	-	-	-

(*) Puede ser más de un beneficiario (se aconseja que sea mayor de edad) y la suma de la participación debe sumar 100%.

Vida y Salud, cubren preexistencias con excepción de 7 patologías (al mes 18 se liberan):

Este seguro cubre siniestros producidos a raíz de preexistencias, a excepción de las siguientes enfermedades o dolencias e intervenciones quirúrgicas: Cáncer, Cardiopatías, Enfermedad Vasculard, Insuficiencia Renal Crónica, Parálisis, Trasplante de Órganos y Esclerosis Múltiple. Sin perjuicio de lo establecido en dicha cláusula, se cubrirán siniestros como consecuencia de las enfermedades o dolencias recién enunciadas, cuando estas hayan sido diagnosticadas durante la vigencia individual del asegurado en la póliza.

Para los funcionarios a Contrata que ingresen al seguro con alguna de las patologías antes señaladas, este seguro considera liberación de preexistencias, después de los 18 meses que el asegurado inicio su vigencia en la póliza.

Catastrófico: NO CUBRE PREEXISTENCIAS.

COMUNICACIONES Y USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

Otorgo autorización a las compañías de seguros, corredora de bolsa, banco y demás Empresas pertenecientes al grupo Consorcio Financiero S.A. a que se recopile toda información, antecedentes y datos de carácter personal suministrados en este acto o durante la vigencia de cualquiera de los productos contratados con ellos, autorizando y aceptando expresamente la transmisión y almacenamiento de los mismos en Chile como en el extranjero, incluidos aquellos sujetos a secreto o reserva bancaria. Asimismo, a realizar todos los actos entre dichas compañías que sean necesarias para transmitir, comunicar, compartir, almacenar, conservar, procesar, modificar, actualizar, así como todo otro acto regulado en la Ley 19.628, para el adecuado cumplimiento de los siguientes propósitos: Enviar a la dirección física, correo electrónico y/o número de telefonía móvil, todos aquellos antecedentes relacionados con los productos contratados y cualquier otro tipo de información comercial y/o promocional sobre cualquier producto servicio ofrecido al público, sea con el propósito de informarlo, con el fin de poder conocerlos, acceder a sus condiciones objetivas, precios y tarifas, consultar sobre sus características relevantes, cotizarlos y/o contratarlos por cualquiera de las Empresas pertenecientes al Grupo Consorcio Financiero S.A.

El Cliente se compromete a mantener los datos actualizados y exactos, como también a informar de modificaciones respecto a la información relativa a ella, tan pronto como sea posible.

Así mismo declaro conocer y aceptar que si no deseo recibir información comercial de las compañías pertenecientes al grupo empresarial me encargaré personalmente de cancelar mi suscripción de comunicaciones enviando un mail a la casilla remove@consorcio.cl.

Por su parte, las compañías del grupo empresarial de Consorcio Financiero S.A. se obligan a no utilizar los datos suministrados en este acto para otro fin que aquellos señalados precedentemente, ni a ceder, transferir o compartir dicha información con terceras personas diferentes a las indicadas en este documento.

Completar el formulario no implica la suscripción inmediata del presente seguro. Si los datos y antecedentes personales solicitados no fueran completados correctamente esta solicitud no será cursada.

El formulario deberá ser completado exclusivamente por el titular y deberá adjuntar una copia de su cedula de identidad.

IMPORTANTE:

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa solo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE, FONASA o DIPRECA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
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 bajo 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.
- SÍ podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
- SÍ considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.
- SÍ cubre preexistencias.

5. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas, en la Comisión para el Mercado Financiero, con el código según corresponda a la cobertura contratada, las que se detallan en el Certificado de Cobertura. Usted puede revisar este texto en www.cmfchile.cl.

La Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes.

Copia de este Compendio se encuentra en la página web www.aach.cl.

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de la Compañía de Seguros de Vida Consorcio Nacional de Seguros S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl.

Fecha declaración

día	mes	año

Firma solicitud, autorización comunicación y uso de datos