

DEBE SER LLENADO POR EL ASEGURADO FUNCIONARIO PDI

<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 FUNCIONARIO PDI

IBM	Rut Titular	Apellidos	Nombres			
Tipo de Nombramiento: <input type="checkbox"/> Nombramiento Supremo <input type="checkbox"/> Nombramiento Institucional						
Fecha Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Institución de Salud			
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">día</td> <td style="width: 33%;">mes</td> <td style="width: 33%;">año</td> </tr> </table>	día	mes	año	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Soltera(o) <input type="checkbox"/> Casada(o) <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Civil	<input type="checkbox"/> DIPRECA
día	mes	año				
Teléfono	Correo Electrónico	Cargo	Grado			
		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 SEGURO DENTAL

(Carga puede ser padre, madre, hijo o cónyuge carga no legal)

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

COMUNICACIONES Y USO DE INFORMACIÓN PERSONAL

El Cliente otorga autorización a las compañías de seguros, corredora de bolsa, banco y demás empresas pertenecientes al grupo Consorcio Financiero S.A. (las Empresas) 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 ellas, 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, autoriza a realizar todos los actos entre dichas compañías que sean necesarios para transmitir, comunicar, compartir, almacenar, conservar, procesar, modificar, actualizar, así como todo otro acto regulado en la Ley 19.628 y demás normativa vigente, 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 o 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 con cualquiera de las Empresas.

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.

El Cliente podrá revocar en cualquier tiempo la autorización precedentemente otorgada, en su sitio privado de internet o por los demás medios de atención a clientes dispuestos por las Empresas.

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