

IV. DECLARACIÓN ESPECIAL

1. COBERTURAS COMPLEMENTARIAS DE SALUD - DENTAL - AMPLIACIÓN - VIDA

Usted o algunos de sus asegurables ha sido declarado inválido por alguna Comisión Médica Central o Regional de la Superintendencia de Pensiones, por el COMPIN, Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) u otra institución que se encuentre habilitada para dictaminar una condición de invalidez, está pensionado por invalidez o se encuentra en trámite de invalidez ante algunas de las instituciones antes señaladas?

SI NO

En caso de respuesta afirmativa, especificar en el siguiente cuadro:

| NOMBRE COMPLETO ASEGURABLE TITULAR O DEPENDIENTE | DIAGNÓSTICO | FECHA DIAGNÓSTICO Y/O DECLARACIÓN DE LA INVALIDEZ |
|--|-------------|---|
| | | |
| | | |

2. ACTIVIDADES Y DEPORTES COBERTURAS SALUD - DENTAL - AMPLIACIÓN - VIDA

¿Practica usted, o alguien de su grupo familiar, en forma habitual o esporádica algunos de los deportes y/o actividades detalladas en el siguiente listado?

SI NO

LISTADO DE DEPORTES Y ACTIVIDADES

- Alpinismo
- Rally
- Benji
- Buceo
- Alas deltas
- Parapente
- Jeep funrace
- Automovilismo y afines
- Deportista profesional
- Motociclismo y afines
- Deportes acuáticos
- Inmersión submarina
- Deportes ecuestre
- Deportes de nieve
- Guardias de seguridad
- Transporte de valores
- Manejo de explosivos
- Faenadores de animales
- Bombero
- Faenas forestales
- Faenas mineras
- Faenas pesqueras
- Fuerzas armadas, de orden y seguridad
- Trabajos en altura o líneas de alta tensión

Si su respuesta es afirmativa, especificar a continuación deporte o actividad y su frecuencia.

| NOMBRE COMPLETO ASEGURABLE TITULAR O DEPENDIENTE | DEPORTE Y/O ACTIVIDAD | FRECUENCIA |
|--|-----------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |

3. COBERTURA AMPLIACIÓN

Usted o alguno de sus asegurables dependientes ha sido diagnosticado o está en conocimiento o se encuentra en proceso de estudio, por enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas y/o cromosomopatías, o se encuentra en calidad de carga inválida (duplo) en alguna Caja de Compensación de Asignación Familiar (CCAF) u otro Organismo Competente?

SI NO

En caso de respuesta afirmativa, especificar en el siguiente cuadro:

| NOMBRE COMPLETO ASEGURABLE TITULAR O DEPENDIENTE | DIAGNÓSTICO | FECHA DIAGNÓSTICO Y/O DECLARACIÓN DE LA INVALIDEZ |
|--|-------------|---|
| | | |
| | | |

ACEPTACIÓN ESPECIAL

1. Tomo conocimiento y acepto expresamente que en caso de que los asegurables identificados en esta Solicitud de Incorporación hubiesen informado que han sido declarados inválidos o están pensionados por invalidez o se encuentran en trámite de invalidez ante alguna de las instituciones mencionadas éstos no serán incorporados en la Póliza.

2. Tomo conocimiento y acepto expresamente que los deportes y actividades riesgosas antes declaradas, tanto respecto de mí como de mi grupo familiar, si correspondiere, no gozarán de cobertura en el seguro si el siniestro es una consecuencia de la práctica de los deportes y/o actividades riesgosas señaladas expresamente en este formulario. También acepto que, en caso de no declarar en este formulario la práctica de deportes y actividades riesgosas, tanto respecto de mí como de mi grupo familiar, si correspondiere, ello significará que la cobertura del seguro no operará si el siniestro es consecuencia de la práctica de los deportes y/o actividades riesgosas comprendidos en el listado anteriormente señalado.

3. Tomo conocimiento y acepto expresamente que en caso de que los asegurables identificados en esta Solicitud de Incorporación hubiesen declarado enfermedades, padecimientos o malformaciones congénitas y/o cromosomopatías o cargas inválidas, éstos no serán incorporados en la cobertura Ampliación Cobertura Salud.

Fecha

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Firma o Rut y Nombre Asegurable

V. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD SEGURO DE VIDA

TENGA PRESENTE QUE SON ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y SITUACIONES PREEXISTENTES AQUELLAS DIAGNOSTICADAS O CONOCIDAS POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCORPORACIÓN DEL ASEGURADO AL SEGURO.

| 1. ¿Usted ha sido diagnosticado, o tiene conocimiento de padecer o se encuentra en tratamiento o proceso de estudio por alguna de las enfermedades, situaciones o condiciones de salud que se detallan en el listado siguiente? | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | |
|---|---|---|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedades del sistema nervioso • Enfermedades del sistema digestivo • Enfermedades sistema respiratorio • Tumores y/o enfermedades oncológicas • Enfermedades del oído, nariz y garganta • Enfermedades oculares • Enfermedades infecciosas y parasitarias • Enfermedades ginecológicas y de las mamas • Embarazo • Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas • Enfermedades de la sangre, ganglios, vasos linfáticos, bazo • Enfermedades reumatológicas o del sistema osteomuscular • Enfermedades del corazón y sistema circulatorio • Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo • Enfermedades renales o del sistema genitourinario • Enfermedades mentales, psiquiátricas o del comportamiento • Secuelas de Enfermedades, Cirugías, Tratamientos y/o Accidentes • Licencias médicas reiteradas o mayor a un mes <p>En caso que usted ha sido diagnosticado, o tiene conocimiento de padecer o se encuentra en tratamiento o proceso de estudio por alguna de las enfermedades o situaciones antes enunciadas u otras no indicadas, deberá especificar a continuación en el siguiente cuadro los siguientes datos:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>ENFERMEDAD Y/O SITUACIÓN DE SALUD</th> <th>FECHA DIAGNÓSTICO O CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y OTROS ANTECEDENTES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> | ENFERMEDAD Y/O SITUACIÓN DE SALUD | FECHA DIAGNÓSTICO O CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y OTROS ANTECEDENTES | | | | | |
| ENFERMEDAD Y/O SITUACIÓN DE SALUD | FECHA DIAGNÓSTICO O CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD, TRATAMIENTO Y OTROS ANTECEDENTES | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | |
|---|---|
| 2. En los últimos 5 años, usted ha estado alguna vez internado en un hospital, clínica o sanatorio u otra institución para diagnóstico, intervenciones o tratamiento de enfermedades comunes o accidente? En caso de respuesta afirmativa, especificar en el recuadro de más adelante. | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|---|---|

| DIAGNÓSTICO, ENFERMEDAD, TRATAMIENTO |
|--------------------------------------|
| |

ACEPTACIÓN ESPECIAL:

Tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad preexistente y/o situación de salud preexistente declarada precedentemente implica que respecto de ella(s), los beneficios de este seguro no operarán si la causa del siniestro fuere producto de una de las enfermedades preexistentes o situaciones de salud preexistentes señaladas expresamente por mi en este formulario.

También acepto que en caso de no declarar, en este formulario, mis enfermedades preexistentes o las situaciones de salud preexistentes, significarán que la cobertura del seguro no operará si la causa del siniestro fuese producto de una de las enfermedades o situaciones de salud comprendidas en el listado precedente.

Fecha

Firma o Rut y Nombre Asegurable

VI. CONSENTIMIENTO Y DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA

1. DATOS DEL CONTRATANTE

| | |
|--------------|---------------------------------------|
| Razón Social | R.U.T. |
| N° de Póliza | Capital Asegurado Vida UF: Rentas: |

2. CONSENTIMIENTO

Por este instrumento autorizo mi incorporación como Asegurado al Seguro Colectivo de Vida contratado por el Tomador y/o Contratante antes individualizado con la Compañía de Seguros Vida Cámara S.A. Para tal efecto proporciono los siguientes datos:

| | |
|--------|-----------------|
| R.U.T. | Nombre Completo |
|--------|-----------------|

3. BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA

| | | | |
|---------------------|------------------|----------------------------------|------------------------|
| Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno | R.U.T. |
| Relación/parentesco | Email | % de Beneficio | |
| Dirección | Nro. | Depto. | Sector/Villa/Población |
| Comuna | Ciudad | Teléfono (incluir código ciudad) | |

| | | | |
|---------------------|------------------|----------------------------------|------------------------|
| Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno | R.U.T. |
| Relación/parentesco | Email | % de Beneficio | |
| Dirección | Nro. | Depto. | Sector/Villa/Población |
| Comuna | Ciudad | Teléfono (incluir código ciudad) | |

| | | | |
|---------------------|------------------|----------------------------------|------------------------|
| Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno | R.U.T. |
| Relación/parentesco | Email | | % de Beneficio |
| Dirección | Nro. | Depto. | Sector/Villa/Población |
| Comuna | Ciudad | Teléfono (incluir código ciudad) | |

| | | | |
|---------------------|------------------|----------------------------------|------------------------|
| Nombre | Apellido Paterno | Apellido Materno | R.U.T. |
| Relación/parentesco | Email | | % de Beneficio |
| Dirección | Nro. | Depto. | Sector/Villa/Población |
| Comuna | Ciudad | Teléfono (incluir código ciudad) | |

- Puede designarse como Beneficiario a cualquier persona o personas.
- En la designación de más de un Beneficiario deberá señalar el porcentaje de indemnización que corresponde a cada uno, debiendo la suma de todos los porcentajes ser igual a cien (100). Si el Asegurado hace una designación sin porcentaje de indemnización, ésta se distribuirá por partes iguales entre aquellos que hubieren sido designados.
- A falta de designación de Beneficiario por parte del Asegurado, se entenderá como tales a los herederos legales de éste.
- El Asegurado podrá cambiar de Beneficiarios cuando lo estime conveniente, dando aviso por escrito al Asegurador mediante el formulario dispuesto para ello o a través de comunicación escrita.
- Compañía de Seguros Vida Cámara S.A. pagará válidamente a los Beneficiarios indicados en este instrumento, y con ellos quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será disponible ningún cambio de Beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado por escrito con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.
- Esta designación una vez notificada a Compañía de Seguros Vida Cámara S.A. reemplaza cualquiera otra anterior.

RECOMENDACIÓN:

Recomendamos para una mayor agilidad en el pago del siniestro, dejar como Beneficiario a personas mayores de 18 años, dado que según nuestra ley, los hijos menores de 18 años son incapaces de administrar sus bienes y necesariamente deben actuar representados por personas mayores de edad.

ACEPTACIÓN ESPECIAL:

Entiendo y autorizo a que la(s) persona(s) designada(s) como beneficiario(s) en este formulario mantenga(n) dicha condición en el caso de renovarse y/o celebrarse un nuevo contrato de seguro de vida sucesivo a éste entre el contratante de esta póliza y Compañía de Seguros Vida Cámara S.A., lo cual es sin perjuicio de mi derecho a designar o modificar la designación de beneficiarios en la forma y oportunidad dispuesta por la póliza.

Fecha

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Firma o Rut y Nombre Asegurable

VII. DECLARACIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTO DE DATOS PERSONALES.

Entiendo y concuerdo que cualquier omisión, error, reticencia o inexactitud relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos, de alguno de los asegurables propuestos, que pudiere influir en la apreciación del riesgo, faculta a Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. para rechazar el pago de la indemnización reclamada. Por lo mismo, autorizo a la Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. a solicitar todos aquellos antecedentes y exámenes médicos que consideren necesarios para la evaluación del riesgo propuesto.

Autorizo expresamente a cualquier médico, profesional de la salud, institución de salud pública o privada, tribunales de justicia, juez árbitro y a cualquier otra persona natural o jurídica, pública o privada que cuente con datos, información o antecedentes relativos a mi estado de salud física o psíquica, tales como fichas clínicas, antecedentes clínicos, informes médicos y análisis o exámenes de laboratorios clínicos, a entregar dichos datos, información o antecedentes a la Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. cuando ésta así lo solicite, por lo cual otorgo mi expreso consentimiento conforme lo disponible en la Ley N° 19.628 y el Artículo 127 del Código Sanitario. La presente autorización y consentimiento se otorga en forma irrevocable y por toda la vigencia del seguro, incluyendo la evaluación y liquidación del mismo. Por otra parte la Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. se obliga a guardar absoluta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida.

Para efectos del pago directo al prestador de salud autorizo y mandato a Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. para que, en caso de existir convenio que así lo permita, pague directamente el monto indemnizatorio al prestador de salud.

Declaro conocer y autorizar que cualquier comunicación, declaración o notificación que deba efectuar la Compañía de Seguros al Asegurado con motivo de la póliza se efectuará a la dirección de correo electrónico anteriormente señalada, razón por la cual me obligo a mantenerla debidamente actualizada. Igualmente, autorizo expresamente a la Compañía de Seguros para que, directamente o, a través del contratante del seguro, me envíe y haga entrega de la póliza o del certificado de cobertura correspondiente a la dirección de correo electrónico previamente indicada.

| | |
|---|--|
| Si Ud. no desea recibir sus comunicaciones, notificaciones y demás antecedentes anteriormente mencionados a través de su correo electrónico marque con una X: | |
|---|--|

Por este acto, y según lo dispuesto en la ley N°19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones, doy mi consentimiento y autorización expresa para que Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. y sus representantes, sucesores o cesionarios, puedan proceder a efectuar el tratamiento, almacenamiento, transmisión y comunicación de mis datos personales y la información que le he proporcionado voluntariamente, a su matriz, filiales, sociedades coligadas, empresas relacionadas, sociedades del Grupo Empresarial al que pertenece y terceros prestadores de servicios, estén ubicados dentro o fuera de Chile, con el propósito de que tanto Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. como dichas entidades: i) procedan al almacenamiento y tratamiento de mis datos personales y de mi información personal para los objetivos del cumplimiento de este Contrato de Seguro; ii) hagan efectivos el o los convenios que pudieren estar asociados a los seguros que he contratado; y iii) me contacten y pongan a mi disposición, en la forma que estimen pertinente, la más completa información y oferta de sus productos y servicios.

Fecha

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Firma o Rut y Nombre Asegurable

Timbre y Firma Contratante

USO INTERNO VIDA CÁMARA

| | | |
|-------------|-----------------------|-----------|
| Nro. Póliza | Fecha Inicio Vigencia | Evaluador |
| Nro. Póliza | Fecha Inicio Vigencia | |