VIDA security

seguros vida security previsión s.a.
rut. 99.301.000-6

Nº

timbre de recepción

fecha de vigencia otorgada por asegurador
__ __/__ __/__ __ __ __

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 _____

Nº Póliza 283036 **Inicio de vigencia requerida** __ __/__ __/__ __ __ __

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
GESTIONES GLOBALES DE OUTSOURCING S.A.	77.442.818-6

fecha de contrato trabajador	ubicación física
__ __/__ __/__ __ __ __	

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
UF 450

fecha de solicitud
__ __/__ __/__ __ __ __

firma / timbre empleador contratante

Coberturas contratadas

coberturas incluidas en el colectivo	en el caso que corresponda, indique coberturas voluntarias a contratar
■ Vida ■ Salud ☐ Dental ☐ Catastrófico	☐ Vida ☐ Salud ☐ Dental ☐ Catastrófico

Antecedentes asegurado titular

rut	apellido paterno	apellido materno	nombres	sexo M ☐ F ☐

fecha nacimiento (dd/mm/aaaa)	teléfono	email	estado civil casado ☐ soltero ☐ viudo ☐ conviviente civil ☐
__ __/__ __/__ __ __ __			

dirección particular (calle, número, depto.)	comuna	ciudad

actividad que realiza en la empresa (breve descripción)	deporte y/o hobbie que practica

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

banco	número de cuenta	☐ cuenta corriente	☐ cuenta vista

original: compañía

VIMP 665 05/2025

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	----------	----------	----------	----------	----------
	----------	----------	----------	----------	----------
	----------	----------	----------	----------	----------
	----------	----------	----------	----------	----------
	----------	----------	----------	----------	----------
	----------	----------	----------	----------	----------

Designación de beneficiarios para el seguro de vida

1	apellidos paterno y materno, nombre(s)	rut	parentesco	fecha nacim.	sexo	%
	dirección particular (calle, número, depto., comuna)	teléfono	email			
	apellidos paterno y materno, nombre(s)	rut	parentesco	fecha nacim.	sexo	%
	dirección particular (calle, número, depto., comuna)	teléfono	email			
	apellidos paterno y materno, nombre(s)	rut	parentesco	fecha nacim.	sexo	%
	dirección particular (calle, número, depto., comuna)	teléfono	email			

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 del (o los) seguro (s), y que he recibido de mi empresa todas las condiciones del (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 para mi y mi grupo familiar que este seguro no cubre enfermedades preexistentes, entendiendo como tal enfermedades, dolencias y/o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por mi o por quien contrata a mi favor, con anterioridad a la fecha de contratación del seguro o la fecha de llenado de la presente solicitud. Las patologías oncológicas, para las que hayan transcurrido al menos cinco años desde la finalización del tratamiento radical con remisión completa de la enfermedad y ausencia de recaída, no serán consideradas como enfermedades o dolencias preexistentes. Se entiende por enfermedad oncológica a: Cáncer, Tumor Maligno, Linfoma, Leucemia, Mieloma o Neoplasia Intraepitelial.
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 agravasión 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 Endocrinas:** diabetes, enfermedades de la tiroide, enfermedades de la hipófisis. **Tumores Benignos:** bocio, tumor cerebral, 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, hemiplejia, 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 embarazadas a la fecha de esta solicitud).
6) Declaro por mi y mis cargas (grupo familiar si es el caso) que durante los últimos 5 años , contados desde la suscripción de esta propuesta, no hemos sido diagnosticados, no hemos sido dados de alta, no hemos estado o estamos actualmente en tratamiento o hemos finalizado el tratamiento, no hemos estado o estamos actualmente afectados o hemos sufrido una recaída, por alguna de las siguientes afecciones o patologías: Cáncer, Tumor Maligno, Linfoma, Leucemia, Mieloma o Neoplasia Intraepitelial.

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)	Rut	descripción de la enfermedad, embarazo o accidente	fecha diagnóstico	CIE (uso cía.)
1					

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 familar 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.

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

Importantes observaciones al seguro de salud si la póliza lo contempla

Al contratar o incorporarse a este seguro de salud, usted debe tener presente lo siguiente:
1) Este es un seguro de suscripción voluntaria, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2) Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE o FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
3) Antes de contratar este seguro, es importante que usted se informe, que tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
   - 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:
   - **NO** contempla renovación garantizada, dado que anualmente el seguro se pacta entre su empleador y la aseguradora.
   - **SÍ** podrá aumentar la prima (precio), variar el deducible y/o las coberturas en caso de renovación de la póliza.
   - **NO** considera su siniestralidad individual para el aumento de la prima en el caso de renovación.
   - **NO** cubre preexistencias.
5) Las condiciones generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL de Vida 220131391, POL de Salud 320131418, CAD Dental 320131535, CAD Catastrófico 320131534, en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en www.cmfchile.cl

Autorización para solicitud y uso de información confidencial

El Asegurado declara que acepta y autoriza a la Compañía de Seguros o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, clínica, hospital, laboratorio clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N° 19.628 sobre Protección de Datos de carácter personal, Ley N° 20.584 sobre confidencialidad y secreto médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y otras.
El Cliente autoriza expresamente a Vida Security S.A. para comunicar, compartir, transmitir y proporcionar en forma exclusiva a las empresas relacionadas, según se define en el Artículo 100 de la Ley N° 18.045 y, en general, hacer tratamiento de sus datos de carácter personal de naturaleza no sensible, en los términos y condiciones establecidos en la Ley N° 19.628 sobre protección de datos privados y sus modificaciones, cuando ello fuere necesario o conveniente para la materialización o implementación de promociones, así como también para agilizar las respuestas o evaluaciones comerciales o la implementación de nuevos desarrollos tecnológicos que permitan al Cliente operar de manera integrada y eficiente en las diversas plataformas tecnológicas y sus empresas relacionadas. Asimismo, en este acto y por el presente instrumento, Vida Security S.A. cumple con su obligación legal e informa al Cliente de modo expreso, preciso, claro e inequívoco, acerca de la existencia de un registro de datos personales en

el cual se consignará la información proporcionada, siendo Vida Security S.A. el responsable del registro. Esta autorización es válida y se hace extensiva también a todas las demás empresas relacionadas, las cuales podrán a su vez comunicar, compartir, transmitir y proporcionar a Vida Security, y en general, a todas las empresas relacionadas de Grupo Security S.A., la información antes señalada.

Comunicación entre las partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá realizarse por correo electrónico, registrado para estos efectos en las Condiciones Particulares o certificados correspondientes, según sea el caso, la cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante, asegurado o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo el contratante, asegurado y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero. Sin perjuicio de lo anterior, respecto de la comunicación, declaración o notificación, la Compañía podrá efectuarla por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigida al domicilio de la compañía o al último domicilio del contratante, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza. Las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correos de la carta, según timbre que conste en el sobre respectivo. Las comunicaciones dirigidas a la Compañía de seguros deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la Compañía de Seguros.

Importante

La presente solicitud únicamente será válida una vez que sea aprobada por el Asegurador.
Conforme al número 1 del artículo 524 y 525 del Código de Comercio, en mi calidad de proponente asegurado, vengo en declarar sinceramente todas las circunstancias para que la Compañía Aseguradora pueda identificar a las personas aseguradas y apreciar la extensión de los riesgos:

Información sobre atención de clientes y presentación de consultas y reclamos

En virtud de la Circular N° 2131 de 28 de Noviembre de 2013, las compañías de seguros, corredores de seguros y liquidadores de siniestros, deberán recibir, registrar y responder todas las presentaciones, consultas o reclamos que se les presenten directamente por el contratante, asegurado, beneficiarios o legítimos interesados o sus mandatarios. Las presentaciones pueden ser efectuadas en todas las oficinas de las entidades en que se atienda público, presencialmente, por correo postal, medios electrónicos, o telefónicamente, sin formalidades, en el horario normal de atención. Recibida una presentación, consulta o reclamo, ésta deberá ser respondida en el plazo más breve posible, el que no podrá exceder de 20 días hábiles contados desde su recepción. El interesado, en caso de disconformidad respecto de lo informado, o bien cuando exista demora injustificada de la respuesta, podrá recurrir a la Comisión para el Mercado Financiero, Área de Protección al Inversionista y Asegurado, cuyas oficinas se encuentran ubicadas en Av. Libertador Bernardo O'Higgins 1449, piso 10, Santiago, o a través del sitio web www.cmfchile.cl.

Observaciones generales

Este seguro se rige por las condiciones generales depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero cuyo(s) detalle(s) se encuentra(n) y forma(n) parte del contrato colectivo firmado con el contratante de la póliza. Usted puede revisar este(os) texto(s) en www.cmfchile.cl
Con la emisión de la presente propuesta, no se obtiene cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento que esta propuesta sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la póliza.
Vida Security se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que tiene 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 www.aach.cl. Asimismo, con la incorporación al seguro, 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 Vida Security o a través de la página web www.ddachile.cl.

__ __/__ __/__ __ __ __

Uso exclusivo de la compañía de seguros

solicitud de antecedentes	☐ Aprobado según las condiciones de la póliza, excluyendo lo declarado según lo aceptado por el asegurado.
	☐ Aprobado limitando capital o monto máximo, o eliminando alguna de las coberturas consideradas en la póliza colectiva.

original: compañía