

Paso a paso Llenando tu formulario de incorporación Seguro complementario



A continuación, te indicamos los puntos importantes, al momento de completar tu solicitud de incorporación, para el Seguro de Salud de tu Empresa:

Paso 1

Solicitud de Incorporación¹ Seguro Colectivo



Cobertura	Nº de poliza	Cobertura	Nº de poliza	
<input type="checkbox"/> Vida		<input type="checkbox"/> Oncológico		<input type="checkbox"/> Incorporación
<input type="checkbox"/> Salud Complementario		<input type="checkbox"/> Dental		<input type="checkbox"/> Modificación
<input type="checkbox"/> Catastrófico		<input type="checkbox"/> Incapacidad de trabajo temporal (ITT)		<input type="checkbox"/> Exclusiones

Importante marcar con una “X” la(s) cobertura(s) que has seleccionado.



Paso 2

Es primordial que completes todos los casilleros que **hemos marcado** datos personales y relevantes al momento del ingreso.

Datos Asegurable Titular

RUT	Nombre Completo		
✓	✓		
Género	Fecha de nacimiento	Estado civil	✓
✓	✓	Casado	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Civil
Dirección de contacto	Comuna	Ciudad	
✓	✓	✓	
Teléfono de contacto	Correo electrónico (*)		
✓	✓		



Paso 3

En este punto, debes ingresar todos los datos de tus cargas: Cónyuges e hijos menores de 24 años.

Grupo familiar para la cobertura de salud (Cónyuge e hijos menores de 24 años)

RUT	Nombre Completo	Género	Fecha de nacimiento	Parentesco
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	
			/ /	



Paso 4

A continuación, comienza la Declaración de salud, tanto para ti como para tus cargas.

Importante responder con una "X" en Si, o en NO.

¿Tú, o alguno de los dependientes identificados en este cuestionario, a los cuales representa, ha padecido, tiene conocimiento de padecer, ha requerido tratamiento, o tiene una situación o condición de salud, o que actualmente se encuentra sometido a un diagnóstico en estudio para alguna patología representada en alguno de los siguientes grupos de enfermedades: SI NO



Paso 5

Lee cuidadosamente lo que a continuación se menciona, y responde detalladamente.

1	Tumor benigno, nódulos, quistes, pólipos u otro tipo de lesiones benignas	8	Bocio, hipertiroidismo, hipotiroidismo, alteraciones de la hipófisis, trastornos del crecimiento o cualquier otra enfermedad endocrina	16	Depresión, esquizofrenia, trastornos del ánimo o de la personalidad, psicosis, crisis de pánico, anorexia, bulimia u otra enfermedad psiquiátrica
2	Cáncer ^x (tumor maligno, leucemias, linfomas, melanoma, mieloma múltiple)	9	Artrosis, osteoporosis, hernias de columna, escoliosis, espundilosis o discopatía, displasia de caderas, meniscopatía, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad relacionada con las articulaciones, columna, huesos, músculos o extremidades.	17	Diabetes, resistencia a la insulina, intolerancia a la glucosa, colesterol alto, triglicéridos altos, dislipidemia, hiperuricemia o gota, sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico u otras alteraciones metabólicas.
3	Hipertensión arterial, fiebre reumática, soplos al corazón, arritmias, angina, infarto al miocardio, by-pass o angioplastia, aneurisma aórtico, soplos, marcapasos, insuficiencia cardíaca, enfermedad de las válvulas del corazón, tromboflebitis, varices, trombosis venosa profunda o cualquier otra enfermedad al corazón, sistema circulatorio o vascular.	10	Psoriasis, rosácea o cualquier otra enfermedad de la piel.	18	Endometriosis, ovarios poliquísticos, miomatoso uterino o cualquier otra enfermedad del sistema reproductivo femenino.
4	Anemia, alteración de la coagulación, trombofilia, hemofilia y/o enfermedades del bazo y médula ósea.	11	Lupus, artritis reumatoide, mastenia grave, tiroiditis de Hashimoto, esclerosis lateral amiotrófica, fibromialgia, síndrome Guillain-Barré, eritema nodoso u otras enfermedades autoinmunes.	19	Cardiopatías congénitas, fisura labiapalatina, displasia de cadera, espina bifida o cualquier otra enfermedad o anomalía congénita.
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, enfisema pulmonar, fibrosis quística, enfermedad pulmonar intersticial, fibrosis pulmonar, neumonía, tuberculosis, apnea, tos recurrente, tabaquismo o cualquier otra enfermedad del sistema respiratorio.	12	Tabaquismo, consumo de drogas y alcohol	20	Desviación tabique nasal, obstrucción nasal, sordera, hipoacusia o cualquier enfermedad a la nariz o los oídos.
6	Úlcera gástrica o duodenal, hernia hiatal, hernias abdominales e inguinales, cirrosis, varices esofágicas, insuficiencia hepática, pancreatitis, enfermedad a la vesícula biliar, estreñimiento de barato, colon irritable, enfermedad de crohn, hemorragias digestivas, sangrado rectal, diverticulitis, pólipos de colon u otras enfermedades del sistema digestivo.	13	Hepatitis B, C, virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), SIDA o cualquier enfermedad de infección venérea.	21	Embarazo actual.
7	Pielonefritis, glomerulonefritis, cálculo renal, riñones poliquísticos, insuficiencia renal, malformación de riñones o de las vías urinarias, enfermedades a la vejiga, testículos o próstata o del sistema genito-urinario.	14	Miopia, astigmatismo, hipermetropía, glaucoma, cataratas, estrabismo, queratocono, ceguera o cualquier enfermedad a los ojos.		
		15	Epilepsia, vértigos, convulsiones, parkinson, neuropatías, esclerosis múltiple, parálisis, pérdida de conocimiento, traumatismo encefálico craneano (TEC), dolor de cabeza severo, accidentes cerebro vasculares, derrame cerebral, aneurisma, infarto cerebral, encefalitis u otra enfermedad del sistema nervioso.		

Nombre Asegurable	Grupo	Diagnóstico o enfermedad	Fecha de diagnóstico	Tratamiento indicado (medicamentos, cirugías, etc)	Estado actual
			/ /		<input type="checkbox"/> Alta / Fecha: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento
			/ /		<input type="checkbox"/> Alta / Fecha: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento
			/ /		<input type="checkbox"/> Alta / Fecha: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tratamiento <input type="checkbox"/> Seguimiento

Considera que este cuestionario es tanto para ti como titular, como para tus cargas:

Paso 6

¡Ya estás terminando! A continuación, debes declarar si tu o alguna de tus cargas, realiza algún deporte o actividad de alto riesgo.

¿Tú, o alguno de los asegurables indicados en esta solicitud de incorporación realiza algún deporte o actividad de riesgo, tales como paracaidismo, parapente, alas delta, bungee, andinismo, surf, automovilismo, motociclismo, uso de moto como transporte, buceo, motonáutica, canopy, navegación a vela, boxeo, artes marciales, hípica, rodeo, piloto civil o comercial, estudiante de piloto, pasajero de línea área no regular, u otros deportes o actividades riesgosas?	
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Detalle quién y cuál actividad y/o deporte:
Nombre Asegurable	Actividad y/o deporte

Paso 7

Para Finalizar, es importante colocar tu Firma, e indiques la fecha de firma:

Firma Asegurado Titular	✓	
Fecha de ingreso a la empresa		
Día	Mes	Año
Fecha de vigencia inicial en la póliza		
Día	Mes	Año
Firma y Rut Empleador		
/ / /		
Día	Mes	Año

Para evitar rechazo de tu solicitud, te sugerimos utilizar letra clara y legible, para mayor información puedes adjuntar copia de tu Cédula de identidad y Certificado (s) de Nacimiento(s) de tus cargas.