

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





<input type="checkbox"/> Vida	N° de póliza	<input type="checkbox"/> Oncológico	N° de póliza	<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	Socio, 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 (tumor maligno, leucemias, linfomas, melanoma, mieloma múltiple)	9	Artrosis, osteoporosis, hernias de columna, escoliosis, espondilosis 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, hipoericaemia 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, miomatosis uterina 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 reumatoidea, miastenia gravis, tiroiditis de Hashimoto, esclerosis lateral amiotrófica, fibromialgia, síndrome Guillain-Barré, eritema nodoso u otras enfermedades autoinmunes.	19	Cardiopatías congénitas, fisura labiopalatina, displasia de cadera, espina bífida o cualquier otra enfermedad o anomalía congénita.
5	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma, enfisema pulmonar, fibrosis quística, neumotórax, pleuresía, 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, esófago de Barrett, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, hemorragias digestivas, sangramiento 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 craneoencefalo (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:

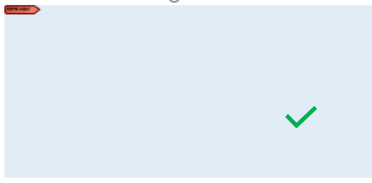
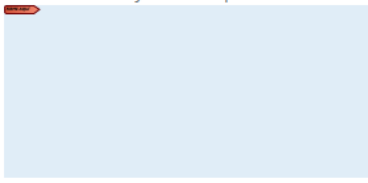
Paso 6

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

¿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 aérea 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  Día / Mes / Año	Fecha de ingreso a la empresa Día Mes Año	Firma y Rut Empleador  Día / Mes / Año
	Fecha de vigencia inicial en la póliza 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.