

## Seguros de Vida y Salud Colectivos

**Importante:** Te estas incorporando como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el Contratante directamente con Help Seguros de Vida S.A.  
Este formulario debe ser llenado con letra imprenta.

### Tipos de cobertura (marca con una X, las opciones)

Vida:  N° Póliza:  Catastrófico:  N° Póliza:   
Salud:  N° Póliza:  Dental:  N° Póliza:

### Tipo de modificación (marca con una X, una de las opciones)

Incorporación:  Modificación:

### 1. Datos del contratante o empleador

Nombre o razón social del contratante:

RUT:

### 2. Datos del asegurable titular (postulante al seguro)

Nombre completo:

RUT:

Fecha nacimiento:

E-mail:

Teléfono:

Dirección:

Comuna:

Estado Civil (marca con una X, una de las opciones)

Casado:  Viudo:  Soltero:  Otro:

Sexo (marca con una X, una de las opciones)

Masculino:  Femenino:

Fecha de ingreso a la empresa:

Capital UF:

Renta \$:

Peso (kgs):

Estatura (cms):

### 3. Formas de pago de reembolso (marca con una X, una de las opciones)

Sólo complementario de salud y dental (si corresponde).

Cuenta corriente  Cuenta vista  Cuenta ahorro  Vale Vista

N° Cuenta bancaria:

Banco:

### 4. Institución de salud a la cual está afiliado el asegurable (marca con una X, una de las opciones)

Isapre:

Nombre Isapre:

Fonasa:

### 5. Grupo familiar seguro de salud, ampliado o catastrófico y dental (si corresponde)

	Nombres	Apellidos	RUT	Fecha nacimiento	Estatura	Peso	Parentesco
1							
2							
3							
4							
5							
6							

### 6. Aceptación especial

Declaro en mi nombre y en el de las personas incorporadas, que tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad y/o situación de salud preexistente, y/o deporte y/o actividad riesgosa, declarada precedentemente, implica que los beneficios de este seguro no operarán si la causa del siniestro fuere producto de una o más de dichas declaraciones.

También acepto que en caso de no declarar en este formulario mis enfermedades o las situaciones de salud preexistentes, y/o deportes y/o actividades riesgosas, así como las de mi grupo familiar, la Compañía se reserva el derecho de cancelar la póliza, producto de dicha retención.

Estoy en conocimiento que el texto de la póliza contratada por mi empleador contiene otras exclusiones de cobertura, adicionales a la que da cuenta este formulario y respecto de las cuales se me ha señalado que debo informarme adecuadamente. Este seguro complementario no sustituye la cobertura que otorga la Isapre o Fonasa y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.

Para los efectos de esta declaración de salud se entenderá que el cáncer NO es una enfermedad preexistente cuando hayan transcurrido más de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior.

### 7. Autorizaciones / mandato

Autorizo a Help Seguros de Vida S.A. para requerir antecedentes adicionales sobre mi estado de salud y autorizo a instituciones hospitalarias, laboratorios, médicos y demás personas que me hayan asistido o examinado, a proporcionar a solicitud de la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos que tenga o hayan conocido con motivo de haberme prestado atención o servicios de salud, con el objeto que la Compañía pueda evaluar esta solicitud de seguro o la procedencia del pago de un siniestro, y en cualquier momento que lo considere necesario. Para tal efecto, relevo a las personas mencionadas del secreto profesional, aceptando que proporcionen la información que se les solicite.

Asimismo, conforme a lo señalado en la Ley N° 19628 sobre Protección de la Vida Privada y en el Art. 61 del DFL 251 de 1931 referido a compañías de seguros, por este acto faculto expresamente a la Compañía o a quien sus derechos representen, para hacer uso de mis datos de carácter personal y/o solicitar antecedentes a autoridades administrativas.

Esta autorización faculta a la Compañía para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. De la misma forma, consiento expresamente para que la Compañía tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud, según lo expresa el Art. 127 del Código Sanitario, modificado por la ley ya citada. Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la Compañía en el análisis del otorgamiento de seguros, modificaciones de coberturas, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general, todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la Compañía, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros con estos mismos fines.

Otorgo autorización y mandato a la Compañía para que pague directamente al prestador de salud, y para que este envíe directamente a la Compañía la información sobre mi salud que sea requerida para efectuar la liquidación y pago de las facturas en su caso.

Fecha  
llenado:

\_\_\_\_\_  
Firma asegurable

### 8. Autorización de incorporación por parte del Contratante de la Póliza

Fecha  
Vigencia:

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal del Contratante

### 9. Aprobación Help Seguros de Vida S.A.

Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma Representante Legal de la compañía

### 10. Beneficiarios seguros de vida (en caso de muerte del titular)

	Nombres	Apellido paterno	Apellido materno	RUT	Relación	% beneficio
1						
2						
3						
4						
5						

Porcentaje debe sumar 100%.

Se solicita especificar dirección de cada beneficiario, siguiendo el mismo orden en que fueron designados en el cuadro anterior.

	Dirección	Comuna	Ciudad	Teléfono	E-mail
1					
2					
3					
4					
5					

### 11. Declaraciones de actividades (solo titulares de vida) (marca con una X, una de las opciones)

¿Practicas algún deporte?

Si  No

**Respuesta SI:**

¿Cuál?	Frecuencia

¿Desempeñas alguna actividad riesgosa?

Si  No

**Respuesta SI:**

¿Cuál?	Frecuencia

Ten presente que el (los) siniestro(s) que fueron producto de los deportes y actividades riesgosas declaradas por ti solo serán cubiertos cuando la Compañía haya aprobado tales deportes y actividades riesgosas de forma expresa.

### 12. Declaración obligatoria de salud (debe ser llenado por el titular)

IMPORTANTE: Para los efectos de esta declaración de salud se entenderá que el cáncer NO es una enfermedad preexistente cuando hayan transcurrido más de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior. En consecuencia, la Compañía no impondrá condiciones más onerosas, exclusiones, restricciones o discriminaciones de cualquier tipo a quien haya sufrido una patología oncológica cuando hayan transcurrido más de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior, no debiendo declararlo en esta DPS.

¿Has sido tu o algunos de los asegurables adicionales propuestos, diagnosticado por un médico o ha estado en tratamiento u hospitalizado o tiene conocimiento de padecer o haber padecido alguna enfermedad no oncológica, está embarazada, o actualmente se encuentra sometido a un estudio o diagnóstico?

Favor indicar (**Referencia\*: Listado de ejemplos de enfermedades y situaciones de salud preexistentes sin cobertura en la página final de este formulario**).

Si  No

¿Tu o algunos de los asegurables adicionales propuestos, padece o ha padecido o se encuentra en estudio por una patología oncológica habiendo transcurrido menos de 5 años desde la finalización del tratamiento radical sin recaída posterior?

Si  No

¿Tu o algunos de los asegurables adicionales propuestos está o estuvo en los últimos 5 años en tratamiento con quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia o cualquier otro tratamiento radical para combatir una patología oncológica?

Si  No

En caso que tu o alguno de los asegurables adicionales propuestos padezca, haya padecido, haya sido diagnosticada, o esté en conocimiento de haber padecido o padecer actualmente alguna enfermedad o situación antes mencionada u otras no indicadas, deberá especificar a continuación en el siguiente cuadro especialmente destinado al efecto, los siguientes datos:

Nombre completo (asegurable titular o adicional)	Enfermedad y/o situación de salud	Fecha de diagnóstico o conocimiento de la enfermedad (indicar mes y año)

Referencia\*: Listado de ejemplos de enfermedades y situaciones de salud preexistentes sin cobertura.

Enfermedades	Ejemplo de enfermedades
1. Enfermedades de los órganos de los sentidos	Miopía, astigmatismo, hipermetropía, estrabismo, presbicia, cataratas, glaucoma, otitis, sordera, adenoides, pólipos nasales, desviación del tabique nasal, otras.
2. Enfermedades endocrinas y metabólicas	Hipo e hipertiroidismo, bocio, dislipidemia, obesidad, diabetes, resistencia insulínica, tumor de la hipófisis o tiroides, otras.
3. Enfermedades de la sangre	Anemia, hemofilia, alteraciones de la coagulación, linfoma, leucemia, otras.
4. Enfermedades del comportamiento, mentales o siquiátricas	Trastornos del ánimo, depresión, intento de suicidio, neurosis, psicosis, esquizofrenia, otras.
5. Enfermedades sistema nervioso central	Tumores o quistes en el sistema nervioso, hidrocefalia, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, parálisis, otras.
6. Tumores	Quistes, tumores benignos, nódulos, pólipos de cualquier localización.
7. Malformaciones y/o enfermedades congénitas	Labio leporino, pie bot, displasia de cadera, cardiopatías congénitas, otras.
8. Enfermedades cardiovasculares y circulatorias	Infarto del miocardio, hipertensión arterial, soplos, arritmias, aneurismas, várices, flebitis, otras.
9. Enfermedades digestivas	Úlceras, hemorroides, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, pancreatitis, cálculos biliares, hepatitis, cirrosis, otras.
10. Enfermedades respiratorias	Asma, enfisema, neumonía, tuberculosis, alergias, sinusitis, bronquitis crónica, etc.
11. Enfermedades renales o genitourinarias	Nefritis, cistitis, cálculo al riñón, hiperplasia, varicocele, otras.
12. Enfermedades ginecológicas y de las mamas	Miomas, endometriosis, endometritis, quiste ovárico, displasia mamaria, otras.
13. Enfermedades reumatológicas u óseas	Lumbago, lumbociática, gota, artritis, artrosis, reumatismo, fracturas, hernias, síndrome del túnel carpiano, otras.
14. Enfermedades dermatológicas	Hemangiomas, psoriasis, eczemas, secuela de quemaduras, úlceras, dermatitis, acné severo, melanoma, rosácea, otras.
15. Enfermedades infecciosas y/o Parasitarias	Sífilis, gonorrea, rubéola, tuberculosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, Hidaditosis, VIH positivo, SIDA, Malaria, Fiebre Amarilla, Dengue y otras.
16. Enfermedades del embarazo, o puerperio	Embarazo molar, preeclampsia o diabetes, parto gestacional, aborto, asfisia neonatal, parto prematuro.

Mediante la presente propuesta solicito ser incorporado a la póliza colectiva cuyos términos y condiciones declaro conocer previo a mi firma. Confirmando la exactitud y veracidad de la información contenida en este documento. Declaro expresamente estar en conocimiento que la presentación de esta solicitud no otorga cobertura, sino hasta haber sido evaluada y aceptada expresamente por la Compañía.

Fecha  
llenado:

\_\_\_\_\_

Firma asegurable

**Canales de Contacto - Si tienes dudas, contáctanos a través de:**



**Call Center**  
600 600 1222



**WhatsApp**  
+569 6468 2239



**Sitio Web**  
Sucursal Virtual