

# Solicitud de Incorporación o Modificación Seguro Colectivo

 Catastrófico  
 Vida  
 Salud Complementario

 Incorporación  
 Modificación  
 Exclusiones  
 Designación Beneficiarios Vida


|                     |        |
|---------------------|--------|
| Empresa Contratante | R.U.T. |
|---------------------|--------|

## Asegurado - Titular

|                       |          |              |
|-----------------------|----------|--------------|
| Nombre Completo       | R.U.T.   |              |
| Fecha de Nacimiento   | Sexo     | Estado Civil |
| Dirección de Contacto | Ciudad   |              |
| E-mail                | Teléfono | Celular      |

**Beneficiarios Seguro de Vida** (en caso de Fallecimiento del Asegurado Titular). Se recomienda designar mayores de edad. Si necesita espacio adicional, favor adjuntar hoja anexo con nombre completo, rut, fecha y firmas.

| R.U.T. | Apellido Paterno/Apellido Materno/Nombres | Parentesco | Fecha Nacimiento | % del Capital |
|--------|---|------------|------------------|---------------|
| -      |   |            | / /              | %             |
| -      |   |            | / /              | %             |
| -      |   |            | / /              | %             |
| -      |   |            | / /              | %             |

**Datos Bancarios Asegurado Titular para Depósitos de Reembolsos.** Si no indica, la liquidación de reembolso se efectuará por el medio predefinido.

|                |                                 |                                    |                                |                       |       |
|----------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|-------|
| Tipo de Cuenta | <input type="checkbox"/> Ahorro | <input type="checkbox"/> Corriente | <input type="checkbox"/> Vista | Nº de Cuenta Bancaria | Banco |
|----------------|---------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|-------|

## Grupo Familiar Seguro De Salud (Cónyuge e Hijos)

| R.U.T. | Apellido Paterno/Apellido Materno/Nombres | Parentesco | Fecha Nacimiento | Sexo | Estado Civil |
|--------|---|------------|------------------|------|--------------|
| -      |   |            | / /              |      |              |
| -      |   |            | / /              |      |              |
| -      |   |            | / /              |      |              |
| -      |   |            | / /              |      |              |

**Declaración de Salud:** Usted y/o su grupo familiar se están incorporando a un seguro de salud, por lo que es necesario que informe todos los antecedentes médicos que permitan a EuroAmerica evaluar las condiciones de aseguramiento. Si necesita espacio extra, favor adjuntar hoja anexo con nombre, rut, fecha y firmas. ¿Usted o alguien de su grupo familiar padece o ha padecido alguna enfermedad, situación o condiciones de salud o actualmente se encuentra sometido a un diagnóstico en estudio para alguna patología representada en el siguiente listado?

- |  |                                  |                                  |                                 |
|--|----------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| 1. Tumores, Cáncer   | 6. Digestivas                    | 11. Dermatológicas               | 16. De Oídos, Nariz, Garganta   |
| 2. Cardiacas, Vasculares, Circulatorias  | 7. Renales, Urinarias, Genitales | 12. Osteoarticulares, Musculares | 17. Neurológicas, Psiquiátricas |
| 3. Respiratorias   | 8. Reumatológicas                | 13. Infecciosas Virales          | 18. Nutrición                   |
| 4. Sanguíneas, Ganglios  | 9. Endocrinológicas              | 14. Bacterianas, Parasitarias    | 19. Obesidad                    |
| 5. Linfáticas  | 10. Metabolismo                  | 15. Oftalmológicas               | 20. Embarazo                    |
| 21. Otras patologías o diagnósticos no asociados ni relacionados con las anteriores. |                                  |                                  |                                 |

| Nombre | Cod- Enfermedad | Descripción | Fecha Diagnóstico | Estado actual |
|--------|-----------------|-------------|-------------------|---------------|
|        |                 |             | / /               |               |
|        |                 |             | / /               |               |
|        |                 |             | / /               |               |
|        |                 |             | / /               |               |

## Solicitud de Incorporación o Modificación Seguro Colectivo

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Catastrófico         |
| <input type="checkbox"/> Vida                 |
| <input type="checkbox"/> Salud Complementario |

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Incorporación | <input type="checkbox"/> Exclusiones                    |
| <input type="checkbox"/> Modificación  | <input type="checkbox"/> Designación Beneficiarios Vida |



Tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad preexistente y/o situación de salud declarada precedentemente implica que respecto de ella(s) los beneficios de este seguro quedan excluidos si la causa del siniestro fuere producto de una de las enfermedades preexistentes o situaciones de salud preexistente señaladas expresamente por mi tanto mio y/o de grupo familiar a quien he ingresado en esta solicitud. Confirmando en mi nombre y en el nombre de mi grupo familiar, la exactitud y veracidad de las declaraciones anteriores expresadas y que nada he ocultado, omitido o alterado, y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de EuroAmerica y que una declaración falsa o reticencia de mi parte, libera a EuroAmerica de la aceptación del riesgo.

Autorizo a cualquier institución o persona que mantenga registros de salud míos, para que pueda entregar la información solicitada por EuroAmerica Seguros de Vida S.A.. A su vez faculto a ésta última para que solicite o retire copias de tales antecedentes. De acuerdo a la Ley N° 19.628, por este acto faculto expresamente a la Compañía de Seguros a la que estoy solicitando el(los) presente(s) seguro(s), o quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Declaro haber sido informado que estos datos son para el uso exclusivo de EuroAmerica en general todo lo que diga relación con los contratos que celebre con la aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, para estos mismos fines.

La liquidación de cada siniestro la practicaré de manera directa la aseguradora, lo que representa una condición esencial para la contratación de este seguro. De esta forma además, la aseguradora da por cumplida la obligación de informar al asegurado la decisión respecto de la liquidación, según lo señalado en el DS N° 1.055 de 2012 del Ministerio de Hacienda, sobre Reglamento de Auxiliares del Comercio de Seguros, en cuanto al proceso de liquidación, conforme a la presente póliza. El contratante declara en éste acto aceptar la forma de liquidación señalada.

La vigencia de la cobertura para el asegurado y su grupo familiar, comenzará una vez que EuroAmerica acepte el riesgo propuesto. Este formulario tiene una validez de 30 días desde la fecha de solicitud.

### Información del Capital Asegurado Inicial

|                   |            |
|-------------------|------------|
| Capital Fijo (UF) | Renta (\$) |
|-------------------|------------|

|                         |
|-------------------------|
| Firma Asegurado Titular |
| _____                   |
| Día / Mes / Año         |

|                                     |
|-------------------------------------|
| Firma y Timbre Empleador<br>R.U.T.: |
| _____                               |
| Día / Mes / Año                     |

|  |
|--|
| Fecha de Ingreso a la Empresa          |
| _____                                  |
| Día / Mes / Año                        |
| Fecha de Vigencia Inicial en la Póliza |
| _____                                  |
| Día / Mes / Año                        |

### Declaración del Empleador

El empleador firmante certifica que el empleado titular solicitante se encuentra a la fecha, en servicio activo concurriendo en forma normal a su trabajo, y que ha sido informado de las condiciones generales y particulares de la póliza. La vigencia de la cobertura para el asegurado, comenzaría una vez que EuroAmerica acepte el riesgo propuesto y proceda a emitir el certificado de la cobertura correspondiente.