

# Propuesta Seguro Enfermedades Alto Costo

Folio N° \_\_\_\_\_

Asegurable Titular			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
RUT	Fecha de nacimiento	Edad	Sexo
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. Femenino <input type="checkbox"/> 2. Masculino
Teléfono celular	Estado civil		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1. Soltero    2. Casado    3. Viudo 4. Divorciado    5. Conviviente civil		
Teléfono particular	Correo electrónico		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Dirección particular (comuna, ciudad)	Nombre Isapre		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
¿Tiene usted o alguien de su grupo familiar algún seguro de salud o complementario de salud vigente?			
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Dónde? <input type="text"/>			
Contratante			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
RUT	Relación con el asegurado	Sexo	
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Dirección particular (comuna, ciudad)	Correo electrónico		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Teléfono celular	Teléfono particular		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

“Según condicionado general Artículo 20, Comunicación entre las partes, dicha comunicación, se realizará a través de correo electrónico u otro medio electrónico.

## IMPORTANTE

Al contratar o incorporarse a este seguro, usted debe tener presente lo siguiente:

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa solo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
3. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
  - Duración de este seguro.
  - 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.  
**SI** podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.  
**NO** considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.  
**NO** cubre preexistencias (solo cubre las aceptadas en la póliza y señaladas en el condicionado particular).

El riesgo es cubierto por Help Seguros de Vida S.A. Las Condiciones Generales de esta póliza se encuentran depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL320170001.

Usted puede revisar el texto en [www.cmfchile.cl](http://www.cmfchile.cl)

Otros Asegurables	Asegurable 2	Asegurable 3	Asegurable 4	Asegurable 5
Apellido paterno				
Apellido materno				
Nombres				
RUT				
Fecha nacimiento				
Sexo				
Relación con el titular				

Otros Asegurables	Asegurable 6	Asegurable 7	Asegurable 8	Asegurable 9
Apellido paterno				
Apellido materno				
Nombres				
RUT				
Fecha nacimiento				
Sexo				
Relación con el titular				

Cobranza	
Modalidad de pago:	Prima total según periodicidad de pago UF
<input type="checkbox"/> Descuento bancario	
<input type="checkbox"/> Descuento tarjeta de crédito	
Periodicidad de pago:	
<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	

Recibido			
Fecha valor UF:	Valor UF:	<input type="checkbox"/> Cheque	<input type="checkbox"/> Tarjeta
Total UF:	Total \$:	Serie/No. Tarjeta:	
Depósito provisorio: \$		Emisor:	Vencimiento:

**La presente propuesta de seguro solo tendrá efecto a partir de la fecha de aceptación de ésta por parte de Help Seguros de Vida S.A., quien se reserva el derecho de aceptar, rechazar o pedir mayores antecedentes para su evaluación.** Una vez analizada la presente solicitud, la compañía informará al asegurado del rechazo o de la aceptación del riesgo. En caso de desistimiento por escrito por parte del contratante o rechazo por parte de la compañía, se procederá a la devolución del depósito provisorio.

Nombre ejecutivo \_\_\_\_\_  
 RUT ejecutivo \_\_\_\_\_

Firma ejecutivo \_\_\_\_\_  
 En Santiago, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Contratante

\_\_\_\_\_  
 Firma del Asegurado Titular

ORIGINAL: CLIENTE



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

**A la fecha usted o alguna de las personas propuestas para el seguro bajo esta solicitud, ha padecido, tiene conocimiento de padecer o ha requerido tratamiento por:**

- a) Diabetes; enfermedades al riñón; enfermedades cardíacas; hipertensión arterial; enfermedades coronarias o soplos cardíacos; arritmias; sobrepeso u obesidad; enfermedad al pulmón; cáncer o tumores de cualquier tipo; hepatitis (excepto hepatitis A); enfermedades gastrointestinales como cirrosis hepática, úlcera gástrica; colitis ulcerosa; enfermedades hematológicas como leucemia, linfoma o anemia (excepto por falta de hierro); desórdenes nerviosos o mentales de cualquier tipo); VIH Positivo, SIDA, síndrome de Down; enfermedades neurológicas tales como accidentes vasculares cerebrales, epilepsia, enfermedad de Alzheimer; o cualquier otra enfermedad, anormalidad, defecto o lesión que pueda afectar el riesgo que solicitamos asumir por este acto a la compañía de seguros?  
 Sí  No
- b) ¿Está siendo sometida a algún tratamiento médico o ha tenido recomendación médica de tratamiento por enfermedades crónicas y/u oncológicas en los últimos 10 años, ya sean ambulatorias u hospitalarias?  
 Sí  No
- c) ¿Ha sido intervenido quirúrgicamente en los últimos 10 años?  
 Sí  No
- d) ¿Ha sido evaluado alguna vez por invalidez en algún organismo Previsional o legal o está recibiendo o ha recibido alguna vez una pensión o indemnización por invalidez?  
 Sí  No

#### Titular y otros asegurables del sexo femenino

- e) ¿Está actualmente embarazada?  
 Sí  No
- f) ¿Ha tenido otros embarazos?  
 Sí  No
- g) ¿Tuvo alguna complicación?  
 Sí  No

**En caso que usted o alguna de las personas propuestas para el seguro bajo esta solicitud padezca, haya padecido, le 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)

### VI. Aceptación especial

Declaro en mi nombre y en el de las personas propuestas para el seguro bajo esta solicitud, que tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad y/o situación de salud preexistente, y/o deporte 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 la retención.

Este seguro de salud no sustituye la cobertura que otorga la Isapre o Fonasa y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.

### VII. 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 objetivo que la Compañía pueda evaluar esa solicitud de seguro o la precedencia 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 represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal y/o solicitar antecedentes a autoridades administrativas. Y así mismo, autorizo el envío de dicha información por medios electrónicos.

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 laboratorio 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 éste 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

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

### VIII. Uso reservado compañía Help Seguros de Vida S.A.

Evaluación médica

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma evaluador médico

### Sucursal

Código de sucursal

Comuna / Ciudad

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

Fecha

**Declaración**

Declaro que he sido atendido por la/el ejecutiva(o), Sra.(Sr.) \_\_\_\_\_ en el proceso de mi interés por contratar una póliza de seguros \_\_\_\_\_, y que durante este proceso de ventas la(el) ejecutiva(o) me ha señalado y explicado detalladamente todo lo relacionado con la cobertura a contratar y en particular los siguientes detalles:

1. Períodos de carencia.
2. Exclusiones de cobertura.
3. Obligación de declarar enfermedades o condiciones de salud preexistentes y término de la cobertura en caso de omisión.
4. Deducible y su aplicación.
5. Reajustabilidad de la prima.
6. Renovación de la póliza.
7. Beneficios otorgados por terceros.

Propuesta número: \_\_\_\_\_

Nombre contratante: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

En Santiago, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_