

SOLICITUD DE INCORPORACION DE SEGURO

(Seguros Médicos Complementarios de Salud)

Nota: Este Formulario debe ser completado de puño y letra por el funcionario titular

Incorporación
Seguro Médico
Complementario

Modificación

Incorporación: Nuevos servidores que sean destinados al extranjero.

Modificación: Se refiere a cambios en un grupo familiar ya incorporado y vigente. Por ejemplo: nacimiento de un hijo.

A través del presente documento, solicito la incorporación al seguro contratado por la Armada de Chile, en **Mapfre Asistencia**, de acuerdo a lo siguiente:

El correo para remitir antecedentes a la compañía aseguradora es REEMBOLSO@SURASISTENCIA.CL

ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE

Antecedentes del solicitante:

Nombre solicitante (asegurado titular):				RUT:			
Dirección particular en Chile:				Fono en Chile:			
Fecha de inicio comisión:			Fecha término de comisión:				
Ciudad destino:		País Destino:		Correo electrónico para contacto con titular:		Fax electrónico para contacto con titular:	
Fecha de Nacimiento:		Estado civil:		Sexo			
				F		M	
N° Cuenta corriente (Emitida en Chile) donde abonar los reembolsos:				Banco:		Tipo de cuenta:	

Antecedentes del grupo familiar directo del asegurado titular (cónyuge, hijos y otros):

N° Familiar o carga	Nombre de grupo familiar	Relación de Parentesco	Fecha Nacimiento	RUT
1				
2				
3				
4				
5				

Declaración del asegurado

Declaro que me encuentro en buenas condiciones de salud, y que no padezco ni he padecido de ninguna enfermedad que ponga en riesgo mi vida, tales como la siguiente enumeración a modo de ejemplo: Diabetes, cáncer o tumores de cualquier naturaleza; o trastornos crónicos tales como: del sistema nervioso o mentales, broncopulmonares, genitourinarios, renales, gastrointestinales; o enfermedades cardiovasculares y/o hipertensión, obesidad, alcoholismo, adicción a drogas, de transmisión sexual (venéreas o sida) o de cualquiera otra enfermedad grave no mencionada. En caso contrario detallar en "declaración de preexistencias")

Declaración de Preexistencias

Se entiende por preexistente cualquier enfermedad o accidente conocida y/o diagnosticada con anterioridad a la fecha de llenado de este formulario o embarazo en camino, cuya concepción sea anterior a esta fecha.

Nombre asegurado titular o dependiente	Descrip. Enfer/ embarazo o accidente	Fecha diagnóstico	CIE

Declaro estar en conocimiento que el límite máximo de gastos relacionados con las preexistencias será de US\$ 10.000. anuales.

Asimismo autorizo a la Compañía, solicite información de cualquier persona o institución que en el pasado me haya asistido o atendido por causa de alguna dolencia y libero a médicos, clínicas y hospitales de cualquier obligación de reserva sobre antecedentes de mi salud, y para ello, otorgo el respectivo mandato.

De la misma manera, declaro estar en conocimiento que la compañía no indemnizará ningún siniestro ocurrido a causa de una actividad o deporte riesgoso y por las causales estipuladas en las exclusiones de las condiciones generales de la cobertura de seguro, por lo cual declaro estar en conocimiento y que acepto lo estipulado en ellas.

Confirmando la exactitud y veracidad de esta declaración, que nada he ocultado u omitido y declaro que en este mismo acto, he recibido las características del seguro que estoy solicitando.

En caso que el asegurado requiera evaluación por la condición médica tanto propia como de algún miembro de su grupo familiar, solicitar en la unidad de seguros, una declaración especial de salud, para evaluar su condición.

"Mandato"

1) Sobre solicitud de antecedentes: Conforme a lo señalado en la Ley N° 19.628, relativa a la Protección de la Vida Privada, por este acto vengo en facultar expresamente a la Compañía de Seguros a la que estoy solicitando el(los) presente(s) seguro(s), o quien sus derechos represente, para uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la aseguradora para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. Asimismo, consiento expresamente para que la Compañía aseguradora 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 artículo 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 aseguradora 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 aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, con estos mismos fines.

2) Sobre la contratación del seguro: Declaro que en forma voluntaria y espontánea he requerido la cobertura que se indican en este documento y autorizo al contratante de este seguro, a tomar a mi nombre la cobertura indicada en este documento.

Fecha de firma de esta solicitud

Firma del Contratante

Original: compañía de seguros