

**Importante:** Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una Póliza o Contrato de Seguros Colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el Contratante individualizado en esta solicitud, directamente con la Compañía de Seguros

## CONTRATANTE - COBERTURAS SOLICITADAS

	TIPO SEGURO	NRO. DE PÓLIZA	CONTRATANTE
<input type="checkbox"/>	PNS - CPR PROFESOR	COMPLEMENTARIO DE SALUD	81 8101 1604 DIRECCIÓN GENERAL DE CARABINEROS DE CHILE RUT: 60.505.000-K
		DESGRAVAMEN	
<input type="checkbox"/>	PNI	COMPLEMENTARIO DE SALUD	81 8101 1605 DIRECCIÓN GENERAL DE CARABINEROS DE CHILE RUT: 60.505.000-K
		DESGRAVAMEN	
<input type="checkbox"/>	HOSCAR DFL1	COMPLEMENTARIO DE SALUD	81 8101 1606 HOSPITAL DE CARABINEROS RUT: 60.505.723-3
<input type="checkbox"/>	DIBICAR	COMPLEMENTARIO DE SALUD	81 8101 1607 DIRECCIÓN DE BIENESTAR DE CARABINEROS DE CHILE RUT: 60.505.720-9

## TIPO DE SOLICITUD (Marque solo una opción)

Incorporación  Modificación

## I. IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURABLE TITULAR (postulante al seguro)

RUT  Fecha Nacimiento  Teléfono

Nombre Completo

Dirección Completa

Género  Estado Civil:  Casado/Conv. Civil  Viudo  Soltero  Divorciado

Email  Número de CMC

Sistema de Salud Previsional:  Fonasa  Dipreca  Isapre. Identificar

## II. FORMA DE PAGO DE REEMBOLSO- (Sólo complementario de salud y dental (si corresponde))

Cuenta Corriente  Cuenta Vista  Cuenta de Ahorro  Cheque

Nro. Cta. Bancaria  Banco

## III. ASEGURABLES DEPENDIENTES SEGURO DE SALUD

Nombre Completo	RUT	Fecha Nacimiento	Parentesco	Tipo Carga	Sistema de Salud Previsional

#### IV. ACEPTACIÓN ESPECIAL / 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 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 Nº 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 o a quien corresponda, 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.

Declaro haber sido informado del seguro colectivo complementario de salud y desgravamen cuyas Condiciones Generales de la póliza con el detalle de las exclusiones del seguro se encuentran incorporadas al depósito de pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero ([www.cmfc Chile.cl](http://www.cmfc Chile.cl)) bajo los códigos POL 320180044 para Seguro de Salud y Catastrófico y POL220130095 para Seguro de Desgravamen.

Mediante la presente propuesta solicito ser incorporado, con las cargas familiares y/o de salud que indico, a la póliza colectiva complementario de salud para el personal de Carabineros de Chile, 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.

Asimismo, autorizo a los respectivos pagadores o habilitados para que hagan los descuentos que correspondan por el valor mensual de las primas que deba pagar por este seguro colectivo.

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurable Titular

#### V. INFORMACIÓN IMPORTANTE SEGURO DE SALUD

##### IMPORTANTE

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

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro, no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE o FONASA 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:

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.

**SI** cubre preexistencias

5. Las Condiciones Generales de este seguro se encuentran depositadas con el código POL 3 2018 0044 en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en [www.cmfc Chile.cl](http://www.cmfc Chile.cl).

#### VI. AUTORIZACIÓN DE INCORPORACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA

Fecha

\_\_\_\_\_  
Timbre Oficina SECOSA