

## I.- Identificación Solicitante

### Antecedentes de la Solicitud

Fecha	Seguro Renta Dependencia	Póliza

### Antecedentes del Contratante

RUT	Razón Social

### Antecedentes del Asegurable

RUT	Nombre

Dirección Particular	Celular	Email

Tomo conocimiento que he manifestado la intención de ingresar al Seguro de Renta Dependencia mediante la presente incorporación, además, manifiesto que he revisado y validado esta solicitud, la que quedará sujeta a evaluación por parte de Chilena Consolidada Seguros de Vida.

La liquidación de cada siniestro la practicaré de manera directa Chilena Consolidada Seguros de Vida, lo que representa una condición esencial para la contratación de este seguro. De esta forma además, Chilena Consolidada Seguros de Vida da por cumplida la obligación de informar al asegurado la decisión respecto de la liquidación, según lo señalado en el DSN° 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 este acto aceptar la forma de liquidación señalada.

## II.- Designación de Beneficiario

¿Desea Designar Beneficiarios?	<input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No

### Si su respuesta a la pregunta anterior es **SÍ**, por favor responda lo siguiente:

En caso de Dependencia, Asegurado Titular autoriza a recibir la renta a: (indicar % cuando corresponda)

Nombre	RUT	Parentesco	Fecha Nacimiento	Beneficio	Email
				%	
				%	
				%	

Esta Designación recepcionada por Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. reemplaza cualquier otra anterior.

### III.- Declaración Personal de Salud

Usted se está incorporando a un Seguro de Renta Dependencia, dado lo cual es necesario que informe algunos antecedentes médicos que permitan a Chilena Consolidada Seguros de Vida evaluar las condiciones de aseguramiento. Por favor responda las siguientes dos preguntas:

<b>1. ¿Ha tenido licencias médicas por más de 1 mes?</b>	<input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No

**Si su respuesta a la pregunta N°1 es Sí, por favor responda lo siguiente:**

Diagnóstico:	
Fecha última Licencia:	

<b>2. ¿Tiene pensión de Invalidez Parcial o Total, por enfermedad o accidente, o se encuentra tramitando algún tipo de invalidez?</b>	<input type="checkbox"/> Sí
	<input type="checkbox"/> No

**Si su respuesta a la pregunta N°2 es Sí, por favor responda lo siguiente:** (describa y marque con una X las opciones)

	Invalidez Total	Invalidez Parcial	Trámite Invalidez
Patologías Invalidez			
Fecha Invalidez			

- Confirmando la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o alterado, doy por enterado que dichas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de Chilena Consolidada Seguros de Vida y que una declaración falsa o reticencia de mi parte, libera a Chilena Consolidada Seguros de Vida del pago del seguro.
- Autorizo a cualquier institución, médico o persona en general, que mantenga registro de salud míos, para que pueda entregar la información solicitada por Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. A su vez faculto a esta última para que solicite o retire copias de tales antecedentes. De acuerdo a la Ley N° 19.628, por este acto faculto expresamente a Chilena Consolidada Seguros de Vida 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 la compañía aseguradora 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.
- Esta declaración personal de salud tiene una validez de 30 días desde su fecha de emisión.

### IV.- Fecha de Inicio Cobertura: En caso de ser Aceptada su incorporación al Seguro por Chilena Consolidada Seguro de Vida, el inicio de la Cobertura corresponderá a la fecha de Suscripción de este Formulario.

Firma Empleador:
Fecha: _____ / _____ / _____ Día Mes Año

Firma Asegurado Titular:
Fecha: _____ / _____ / _____ Día Mes Año