

Solicitud de Incorporación Seguro Colectivo Seguro Renta Dependencia Cargas

I.- Identificación Solicitante

Antecedentes de la Solicitud

Fecha	Seguro Renta Dependencia	Póliza

Antecedentes del Contratante

RUT	Razón Social

Datos Asegurado Titular/Funcionario Banco Santander

RUT	Nombre completo

Tomo conocimiento que he manifestado la intención de ingresar a mis cargas 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.

Grupo familiar Renta Dependencia

RUT	Nombre completo	Género	Fecha de nacimiento	Parentesco

II.- Designación de Beneficiario

Según POL 220150566, N°4 letra D, se deja establecido que el beneficiario de este Seguro para todos los asegurados nombrados en el presente formulario, será el asegurado titular, trabajador del Banco Santander.

III.- 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.

Declaración

Confirmando la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas 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 la Compañía y que una declaración falsa o reticencia de mi parte faculta a la Compañía para poner término anticipado al contrato y la libera del pago del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en el Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la póliza. Asimismo autorizo expresamente a cualquier médico, profesional de la salud, institución de salud pública o privada, tribunales de justicia, Juez árbitro y a cualquier otra persona natural o jurídica, pública o privada que cuente con datos, información o antecedentes relativos a mi estado de salud física y psíquica, tales como fichas clínicas, antecedentes clínicos, informes médicos y análisis o exámenes de laboratorios clínicos, a entregar dichos datos, información o antecedentes a la Compañía cuando ésta así lo solicite, para lo cual otorgo mi expreso consentimiento conforme lo dispone la Ley N°19.628 y el artículo 127 del Código Sanitario.

Solicitud de Incorporación Seguro Colectivo Seguro Renta Dependencia Cargas

Además autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de la información antes señalada, todo ello conforme lo dispone la Ley N°19.628.

Asimismo autorizo a Chilena Consolidada Seguros de Vida. a que utilice la información que he proporcionado, incluyendo información médica, en la administración, suscripción, manejo de siniestros, investigación y con propósitos estadísticos y que transmita la información mencionada a sus Reaseguradores, siempre y cuando estén involucrados en el riesgo o en la valoración del siniestro, quienes utilizarán dicha información solamente para el ejercicio de sus derechos y cumplimiento de sus obligaciones derivadas de dichos riesgos o siniestros.

Certifico además que estoy de acuerdo a someterme a los exámenes médicos que Chilena Consolidada Seguros de Vida. requiera para la evaluación de esta solicitud o de futuros siniestros que deba evaluar.

La presente autorización y consentimiento se otorga en forma irrevocable y por toda la vigencia del seguro, incluyendo la evaluación y liquidación del mismo. Por otra parte la Compañía se obliga a guardar absoluta reserva y confidencialidad respecto de la información recibida.

Firma Empleador

Día / Mes / Año

Firma Asegurado Titular

Día / Mes / Año