

IMPORTANTE: Usted está solicitando su incorporación como Asegurado a una póliza o Contrato de Seguro Colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por, directamente con la Compañía de Seguros.

I- TIPO DE INCORPORACION (Marque con una X)

1. Enrolamiento del Asegurado	2. Incorporación de Carga
-------------------------------	---------------------------

II. COBERTURA (Marque con una X)

PLAN DE SEGUROS	SEGURO ONCOLÓGICO IRAM
-----------------	------------------------

III- DATOS DE LA POLIZA

N° Póliza	Nombre de Grupo	RUT Contratante	Razón Social

INFORMACIÓN DE CONTACTO Y ENVÍO CORRESPONDENCIA

Dirección Particular		Número	Depto./Piso
Sector / Villa / Población	Región	Ciudad	Comuna
Correo Electrónico	Código Area	Teléfono Fijo	Celular

ASEGURABLES	ASEGURABLE TITULAR	ASEGURABLE (2)	ASEGURABLE (3)	ASEGURABLE (4)
APELLIDO PATERNO				
APELLIDO MATERNO				
NOMBRES				
RUT				
FECHA DE NACIMIENTO				
EDAD CRONOLÓGICA				
SEXO				
PREVISION <small>(si es fonasa indicar el tramo)</small>				
NACIONALIDAD				
PAÍS DE RESIDENCIA				
ESTADO CIVIL				
ACTIVIDAD/OCUPACIÓN				
GIRO EMPRESA				
RELACIÓN CON EL TITULAR				
¿PADECE O HA PADECIDO DE ALGÚN TIPO DE ENFERMEDAD ONCOLÓGICA (CÁNCER, QUISTES O TUMORES MALIGNOS)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿HA RECIBIDO O ESTÁ RECIBIENDO ALGÚN TIPO DE TRATAMIENTO POR ENFERMEDAD ONCOLÓGICA (CÁNCER, QUISTES O TUMORES MALIGNOS)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿ES PORTADOR DE VIRUS HIV (SIDA), DEL VIRUS DE HEPATITIS B O C?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Declaro bajo juramento o promesa 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 elementos indispensables y esenciales para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía, y que una declaración falsa o reticente de mi parte faculta a la Compañía para poner término anticipado del contrato y la libera de otorgar la cobertura del seguro, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en el Código de Comercio y en las Condiciones Generales y Particulares de la Póliza a contratar. Asimismo, autorizo expresamente a cualquier médico o 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 o psíquica, como también los de mi grupo familiar incorporado en este seguro, tales como antecedentes clínicos, informes médicos, y análisis o exámenes de laboratorios clínicos, a entregar dichos datos, información o antecedentes a Seguros de Vida SURA S.A., 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. La presente autorización y consentimiento se otorga en forma irrevocable y por la vigencia del seguro. Por su parte, la Compañía se obliga a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información que le sea entregada por este concepto y se compromete a destinarla exclusivamente a su uso interno y para los fines propios del seguro, todo ello según lo dispone la Ley y las Condiciones Generales de la Póliza. Por la presente declaración, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de la información antes señalada, todo ello conforme lo dispone la Ley N° 19.628. Declaro además estar en conocimiento que las prestaciones amparadas por esta cobertura oncológica serán efectuadas sólo en el Instituto de Radiomedicina IRAM y por sus médicos, o en el lugar y con los médicos que IRAM designe, y que cualquier prestación que requiera en un lugar o profesional distinto a los antes indicados, dará lugar a la pérdida de la cobertura.

Seguros de Vida SURA S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este Compendio se encuentra en la página web www.aach.cl, Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor del Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante el Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Seguros de Vida SURA S.A. o a través de la página web www.ddachile.cl

Fecha _____ Firma de Contratante _____ Firma del Asegurable Titular _____