

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN SEGUROS DE SALUD Y DESGRAVAMEN COLECTIVOS

Seguros de Salud y Desgravamen Colectivos

Importante: Te estás incorporando como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el Contratante directamente con Help Seguros de Vida S.A. (la Compañía).

Este formulario debe ser llenado con letra imprenta.

Cobertura (marca con una X, 1 de las opciones)

Seleccionar	Entidad Contratante	Tipo de Póliza	N° de Póliza
	Dirección General – Personal de Nombramiento Supremo	Salud	81 8101 1604
		Desgravamen	63 6312 124426
	Dirección General – Personal de Nombramiento Institucional	Salud	81 8101 1605
		Desgravamen	63 6312 124427
	Hospital de Carabineros	Salud	81 8101 1606
	Dirección De Bienestar	Salud	81 8101 1607

Tipo de modificación (marca con una X, 1 de las opciones)

Incorporación: Modificación:

1. Datos del contratante o empleador

Nombre o razón social del contratante:

RUT:

2. Datos del asegurable titular (postulante al Seguro de Salud y Desgravamen)

Nombre completo:

RUT:

Fecha nacimiento: (dd/mm/yyyy)

E-mail:

Teléfono:

Dirección:

Comuna:

Estado Civil (marca con una X, 1 de las opciones)

Casado: Viudo: Soltero: Otro:

Sexo Femenino: Masculino:

Fecha de ingreso a la empresa: (dd/mm/yyyy)

3. Institución de salud a la cual está afiliado el asegurable (marca con una X, 1 de las opciones)

Isapre: Nombre Isapre:

Fonasa:

Dipreca:

4. Grupo familiar seguro de salud (si corresponde)

	Nombres	Apellidos	RUT	Fecha nacimiento	Parentesco
1					
2					
3					
4					
5					
6					

5. 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. 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.

Declaro que deseo incorporar a las cargas familiares y/o de salud que indico, al seguro colectivo complementario de salud para el personal de Carabineros de Chile. 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.

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.cmfchile.cl) bajo los códigos POL 320180044 para Seguro de Salud y Catastrófico y POL220130095 para Seguro de Desgravamen.

Fecha:
(dd/mm/yyyy)

Firma del contratante o asegurado.

6. Autorización de incorporación por parte del Contratante de la Póliza

Fecha:
(dd/mm/yyyy)

Firma Representante Legal de la compañía.

7. Aprobación Help Seguros de Vida S.A.

Fecha:
(dd/mm/yyyy)

Firma Representante Legal de la compañía.

Canales de Contacto

Si tienes dudas, contáctanos a través de:



Call Center
600 600 1222



WhatsApp
+569 6468 2239



Sitio Web
Sucursal Virtual