Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada
rut. 77.431.040-1

N°

timbre de recepción

fecha de vigencia otorgada
__ __/__ __/__ __ __ __

Solicitud de Beneficio Colectivo

Usted está solicitando su incorporación como Beneficiario a un contrato colectivo cuyas condiciones han sido convenidas directamente con Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada, por _____

N° Contrato _____ **Inicio de vigencia requerida** __ __/__ __/__ __ __ __

Tipo de movimiento

marcar con una X lo que quiere realizar:

☐ Ingreso nuevo beneficiario ☐ Ingreso nueva carga
☐ Cambio de plan de salud ☐ Otro: (especificar) _____

Completar por el empleador

razón social empresa contratante	rut de la empresa
fecha de contrato trabajador __ __/__ __/__ __ __ __	ubicación física
grupo/tramo a incorporar al trabajador	
fecha de solicitud __ __/__ __/__ __ __ __	firma / timbre empleador contratante

Antecedentes beneficiario titular

rut	apellido paterno	apellido materno	nombres	sexo M ☐ F ☐
fecha nacimiento (dd/mm/aaaa) __ __/__ __/__ __ __ __	teléfono	email	estado civil casado ☐ soltero ☐ viudo ☐ conviviente civil ☐	
dirección particular (calle, número, depto.)		comuna	ciudad	
actividad que realiza en la empresa (breve descripción)		deporte y/o hobbie que practica		

Forma de pago de reembolso

banco	número de cuenta	☐ cuenta corriente	☐ cuenta vista

VIMP 665 08/2017

original: Administradora

Antecedentes de las cargas (grupo familiar)

	rut	apellidos paterno y materno	nombre	fecha nacim.	parentesco	sistema de salud (isapre o fonasa)
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Autorización para solicitar información confidencial

El beneficiario declara que acepta y autoriza a Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, clínica, hospital, laboratorio clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N° 19.628 sobre Protección de Datos de carácter personal, Ley N° 20.584 sobre confidencialidad y secreto médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y otras.

Comunicación entre las partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada y el Contratante o el beneficiario con motivo de este contrato, deberá realizarse por correo electrónico, registrado para estos efectos en el contrato el cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo el contratante y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero.
Sin perjuicio de lo anterior, respecto de la comunicación, declaración o notificación, la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada podrá efectuarla por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigida al domicilio de la administradora o al último domicilio del contratante, registrado el contrato. Las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correos de la carta, según timbre que conste en el sobre respectivo. Las comunicaciones dirigidas a la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada.

Declaración del beneficiario

Mediante el presente documento, DECLARO CONOCER Y ACEPTAR lo siguiente:
1) Que estoy en conocimiento de los beneficios y exclusiones que se detallan en el contrato.

2) Que estoy en conocimiento y acepto que este contrato no cubre enfermedades preexistentes, entendiendo como tal cualquier enfermedad o embarazo o accidente, diagnosticado(s), conocido(s) u ocurrido(s), con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de mi beneficio, o con anterioridad a la fecha de llenado de la presente solicitud (para mí y para mi grupo familiar si es el caso).

3) Que estoy en conocimiento y acepto que el contrato no cubre la realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo, es decir, pongan en riesgo mi integridad física y/o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos (para mí y para mi grupo familiar si es el caso).

4) Declaro por mí y mis cargas (grupo familiar), estar en buenas condiciones de salud y no padecer ni haber padecido ninguna de las siguientes enfermedades: **Enfermedades Cardiovasculares**: hipertensión arterial, enfermedad coronaria, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, arritmia coronaria, valvulopatía cardíaca, aneurisma, hipertensión pulmonar, insuficiencia venosa (várices), enfermedad obstructiva de las arterias. **Enfermedades pulmonares o Bronquiales Crónicas**: Apnea del sueño, enfermedad bronquial obstructiva crónica, asma, fibrosis pulmonar, tuberculosis, bronquiectasia, enfisema. **Enfermedades Oncológicas:** cáncer, tumores, leucemia, linfomas, mieloma múltiple. **Enfermedades Endocrinas**: diabetes, enfermedades de la tiroide, enfermedades de la hipófisis. **Tumores Benignos**: bocio, tumor cerebral, neoplasias intraepitelial, pólipos intestinales, adenoma de próstata. **Enfermedades Renales**: insuficiencia renal crónica, glomerulopatías, nefropatías. **Enfermedades Digestivas**: cirrosis hepática, daño hepático crónico, hígado graso, pancreatitis, colitis ulcerosa, enfermedad de crohn, reflujo gastroesofágico, síndrome ulceroso gastroduodenal. **Enfermedades Neurológicas**: accidente vascular encefálico, esclerosis múltiple, hemiplejia, hemiparesia, epilepsia, TEC, neuropatía periférica, enfermedad de Parkinson, miastenia gravis, esclerosis múltiple. **Patología de Columna**: hernia, discopatía, espondiloartrosis, estenorraquis. **Patología del Aparato Músculo Esquelético**: artritis, lupus, artrosis, tendinopatía, fibromialgía, amputación de extremidades. **Patologías que limitan la vista o la audición**: cataratas, glaucoma, retinopatía, maculopatía, miopía, astigmatismo, vértigo, hipoacusia, tinnitus. **Patologías de la Nutrición**: obesidad, sobrepeso, desnutrición, bulimia, anorexia, enfermedad celiaca, intolerancia lactosa. **Enfermedades autoinmunes o de transmisión sexual**: sífilis, gonorrea, SIDA, virus papiloma. **Embarazo** (para embarazadas a la fecha de esta solicitud).

Continuación de Declaración del Beneficiario

En caso de padecer o haber padecido alguna de las preexistencias indicadas, o cualquier otra enfermedad no señalada, usted debe DECLARAR a continuación (por usted y por su grupo familiar si es el caso):

	nombre del beneficiario o carga	rut	descripción de la enfermedad, embarazo o accidente	fecha diagnóstico	CIE (uso administradora)
1					
2					
3					
4					
5					

Si requiere agregar observaciones sobre lo declarado, detallar a continuación:

5) Declaro por mí y por mi grupo familiar (si es el caso), que no realizamos ninguna actividad o deporte riesgoso, tales como: manejo de explosivos, trabajos en minas subterráneas, trabajos en altura o líneas de alta tensión, bungee, paracaidismo, piloto civil, alas delta, parapente, automovilismo, motociclismo, velerismo, buceo o inmersiones submarinas, montañismo, ski fuera de pista, espeleología, bombero, participación en carreras de velocidad, uso de moto como vehículo de traslado. En caso de efectuar alguna actividad o deporte riesgoso indicado, usted debe DECLARAR a continuación (por usted y por su grupo familiar si es el caso):

6) Acepto que todo lo declarado, sus consecuencias y complicaciones, no tendrá beneficio en el contrato.

7) Conforme lo señalado en la Ley N° 19.628, relativa a la Protección de la Vida Privada, por este acto vengo a facultar expresamente a Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada a la que estoy solicitando el (los) presente(s) contrato(s), o quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la administradora para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. Asimismo, consiento expresamente para que la administradora tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios con la salud, según lo expresa el artículo 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 administradora en el análisis del otorgamiento del beneficios y sus modificaciones, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la administradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, con estos mismos fines.

CONFIRMO LA EXACTITUD Y VERACIDAD DE LA PRESENTE DECLARACIÓN Y QUE NADA HE OCULTADO U OMITIDO O DISMINUIDO EN ELLA.

fecha: __ __/__ __/__ __ __ __

original: Administradora

Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada
rut. 77.431.040-1

N°

timbre de recepción

fecha de vigencia otorgada
__ __/__ __/__ __ __ __

Solicitud de Beneficio Colectivo

Usted está solicitando su incorporación como Beneficiario a un contrato colectivo cuyas condiciones han sido convenidas directamente con Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada, por _____

N° Contrato _____ **Inicio de vigencia requerida** __ __/__ __/__ __ __ __

Tipo de movimiento

marcar con una X lo que quiere realizar:

☐ Ingreso nuevo beneficiario ☐ Ingreso nueva carga
☐ Cambio de plan de salud ☐ Otro: (especificar) _____

Completar por el empleador

razón social empresa contratante	rut de la empresa
fecha de contrato trabajador __ __/__ __/__ __ __ __	ubicación física
grupo/tramo a incorporar al trabajador	
fecha de solicitud __ __/__ __/__ __ __ __	firma / timbre empleador contratante

Antecedentes beneficiario titular

rut	apellido paterno	apellido materno	nombres	sexo M ☐ F ☐
fecha nacimiento (dd/mm/aaaa) __ __/__ __/__ __ __ __	teléfono	email	estado civil casado ☐ soltero ☐ viudo ☐ conviviente civil ☐	
dirección particular (calle, número, depto.)		comuna	ciudad	
actividad que realiza en la empresa (breve descripción)		deporte y/o hobbie que practica		

Forma de pago de reembolso

banco	número de cuenta	☐ cuenta corriente	☐ cuenta vista

VIMP 665 08/2017

Copia: Beneficiario

Antecedentes de las cargas (grupo familiar)

	rut	apellidos paterno y materno	nombre	fecha nacim.	parentesco	sistema de salud (isapre o fonasa)
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Autorización para solicitar información confidencial

El beneficiario declara que acepta y autoriza a Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, clínica, hospital, laboratorio clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N° 19.628 sobre Protección de Datos de carácter personal, Ley N° 20.584 sobre confidencialidad y secreto médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y otras.

Comunicación entre las partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada y el Contratante o el beneficiario con motivo de este contrato, deberá realizarse por correo electrónico, registrado para estos efectos en el contrato el cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo el contratante y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero.
Sin perjuicio de lo anterior, respecto de la comunicación, declaración o notificación, la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada podrá efectuarla por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigida al domicilio de la administradora o al último domicilio del contratante, registrado el contrato. Las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correos de la carta, según timbre que conste en el sobre respectivo. Las comunicaciones dirigidas a la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada.

Declaración del beneficiario

Mediante el presente documento, DECLARO CONOCER Y ACEPTAR lo siguiente:
1) Que estoy en conocimiento de los beneficios y exclusiones que se detallan en el contrato.

2) Que estoy en conocimiento y acepto que este contrato no cubre enfermedades preexistentes, entendiendo como tal cualquier enfermedad o embarazo o accidente, diagnosticado(s), conocido(s) u ocurrido(s), con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de mi beneficio, o con anterioridad a la fecha de llenado de la presente solicitud (para mí y para mi grupo familiar si es el caso).

3) Que estoy en conocimiento y acepto que el contrato no cubre la realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo, es decir, pongan en riesgo mi integridad física y/o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos (para mí y para mi grupo familiar si es el caso).

4) Declaro por mí y mis cargas (grupo familiar), estar en buenas condiciones de salud y no padecer ni haber padecido ninguna de las siguientes enfermedades: **Enfermedades Cardiovasculares**: hipertensión arterial, enfermedad coronaria, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, arritmia coronaria, valvulopatía cardíaca, aneurisma, hipertensión pulmonar, insuficiencia venosa (várices), enfermedad obstructiva de las arterias. **Enfermedades pulmonares o Bronquiales Crónicas**: Apnea del sueño, enfermedad bronquial obstructiva crónica, asma, fibrosis pulmonar, tuberculosis, bronquiectasia, enfisema. **Enfermedades Oncológicas:** cáncer, tumores, leucemia, linfomas, mieloma múltiple. **Enfermedades Endocrinas**: diabetes, enfermedades de la tiroide, enfermedades de la hipófisis. **Tumores Benignos**: bocio, tumor cerebral, neoplasias intraepitelial, pólipos intestinales, adenoma de próstata. **Enfermedades Renales**: insuficiencia renal crónica, glomerulopatías, nefropatías. **Enfermedades Digestivas**: cirrosis hepática, daño hepático crónico, hígado graso, pancreatitis, colitis ulcerosa, enfermedad de crohn, reflujo gastroesofágico, síndrome ulceroso gastroduodenal. **Enfermedades Neurológicas**: accidente vascular encefálico, esclerosis múltiple, hemiplejia, hemiparesia, epilepsia, TEC, neuropatía periférica, enfermedad de Parkinson, miastenia gravis, esclerosis múltiple. **Patología de Columna**: hernia, discopatía, espondiloartrosis, estenorraquis. **Patología del Aparato Músculo Esquelético**: artritis, lupus, artrosis, tendinopatía, fibromialgía, amputación de extremidades. **Patologías que limitan la vista o la audición**: cataratas, glaucoma, retinopatía, maculopatía, miopía, astigmatismo, vértigo, hipoacusia, tinnitus. **Patologías de la Nutrición**: obesidad, sobrepeso, desnutrición, bulimia, anorexia, enfermedad celiaca, intolerancia lactosa. **Enfermedades autoinmunes o de transmisión sexual**: sífilis, gonorrea, SIDA, virus papiloma. **Embarazo** (para embarazadas a la fecha de esta solicitud).

Continuación de Declaración del Beneficiario

En caso de padecer o haber padecido alguna de las preexistencias indicadas, o cualquier otra enfermedad no señalada, usted debe DECLARAR a continuación (por usted y por su grupo familiar si es el caso):

	nombre del beneficiario o carga	rut	descripción de la enfermedad, embarazo o accidente	fecha diagnóstico	CIE (uso administradora)
1					
2					
3					
4					
5					

Si requiere agregar observaciones sobre lo declarado, detallar a continuación:

5) Declaro por mí y por mi grupo familiar (si es el caso), que no realizamos ninguna actividad o deporte riesgoso, tales como: manejo de explosivos, trabajos en minas subterráneas, trabajos en altura o líneas de alta tensión, bungee, paracaidismo, piloto civil, alas delta, parapente, automovilismo, motociclismo, velerismo, buceo o inmersiones submarinas, montañismo, ski fuera de pista, espeleología, bombero, participación en carreras de velocidad, uso de moto como vehículo de traslado. En caso de efectuar alguna actividad o deporte riesgoso indicado, usted debe DECLARAR a continuación (por usted y por su grupo familiar si es el caso):

6) Acepto que todo lo declarado, sus consecuencias y complicaciones, no tendrá beneficio en el contrato.

7) Conforme lo señalado en la Ley N° 19.628, relativa a la Protección de la Vida Privada, por este acto vengo a facultar expresamente a Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada a la que estoy solicitando el (los) presente(s) contrato(s), o quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la administradora para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. Asimismo, consiento expresamente para que la administradora tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios con la salud, según lo expresa el artículo 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 administradora en el análisis del otorgamiento del beneficios y sus modificaciones, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la administradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, con estos mismos fines.

CONFIRMO LA EXACTITUD Y VERACIDAD DE LA PRESENTE DECLARACIÓN Y QUE NADA HE OCULTADO U OMITIDO O DISMINUIDO EN ELLA.

fecha: __ __/__ __/__ __ __ __

Copia: Beneficiario

Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada
rut. 77.431.040-1

N°

timbre de recepción

fecha de vigencia otorgada
__ __/__ __/__ __ __ __

Solicitud de Beneficio Colectivo

Usted está solicitando su incorporación como Beneficiario a un contrato colectivo cuyas condiciones han sido convenidas directamente con Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada, por _____

N° Contrato _____ **Inicio de vigencia requerida** __ __/__ __/__ __ __ __

Tipo de movimiento

marcar con una X lo que quiere realizar:

☐ Ingreso nuevo beneficiario ☐ Ingreso nueva carga
☐ Cambio de plan de salud ☐ Otro: (especificar) _____

Completar por el empleador

razón social empresa contratante	rut de la empresa
fecha de contrato trabajador __ __/__ __/__ __ __ __	ubicación física
grupo/tramo a incorporar al trabajador	
fecha de solicitud __ __/__ __/__ __ __ __	firma / timbre empleador contratante

Antecedentes beneficiario titular

rut	apellido paterno	apellido materno	nombres	sexo M ☐ F ☐
fecha nacimiento (dd/mm/aaaa) __ __/__ __/__ __ __ __	teléfono	email	estado civil casado ☐ soltero ☐ viudo ☐ conviviente civil ☐	
dirección particular (calle, número, depto.)		comuna	ciudad	
actividad que realiza en la empresa (breve descripción)		deporte y/o hobbie que practica		

Forma de pago de reembolso

banco	número de cuenta	☐ cuenta corriente	☐ cuenta vista

VIMP 665 08/2017

Copia: contratante

Antecedentes de las cargas (grupo familiar)

	rut	apellidos paterno y materno	nombre	fecha nacim.	parentesco	sistema de salud (isapre o fonasa)
1						
2						
3						
4						
5						
6						

Autorización para solicitar información confidencial

El beneficiario declara que acepta y autoriza a Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, clínica, hospital, laboratorio clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N° 19.628 sobre Protección de Datos de carácter personal, Ley N° 20.584 sobre confidencialidad y secreto médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y otras.

Comunicación entre las partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada y el Contratante o el beneficiario con motivo de este contrato, deberá realizarse por correo electrónico, registrado para estos efectos en el contrato el cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo el contratante y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero.
Sin perjuicio de lo anterior, respecto de la comunicación, declaración o notificación, la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada podrá efectuarla por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigida al domicilio de la administradora o al último domicilio del contratante, registrado el contrato. Las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correos de la carta, según timbre que conste en el sobre respectivo. Las comunicaciones dirigidas a la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada.

Declaración del beneficiario

Mediante el presente documento, DECLARO CONOCER Y ACEPTAR lo siguiente:
1) Que estoy en conocimiento de los beneficios y exclusiones que se detallan en el contrato.

2) Que estoy en conocimiento y acepto que este contrato no cubre enfermedades preexistentes, entendiendo como tal cualquier enfermedad o embarazo o accidente, diagnosticado(s), conocido(s) u ocurrido(s), con anterioridad a la fecha de inicio de vigencia de mi beneficio, o con anterioridad a la fecha de llenado de la presente solicitud (para mí y para mi grupo familiar si es el caso).

3) Que estoy en conocimiento y acepto que el contrato no cubre la realización o participación en una actividad o deporte riesgoso, considerándose como tales aquellos que objetivamente constituyan una flagrante agravación del riesgo, es decir, pongan en riesgo mi integridad física y/o se requiera de medidas de protección o seguridad para realizarlos (para mí y para mi grupo familiar si es el caso).

4) Declaro por mí y mis cargas (grupo familiar), estar en buenas condiciones de salud y no padecer ni haber padecido ninguna de las siguientes enfermedades: **Enfermedades Cardiovasculares**: hipertensión arterial, enfermedad coronaria, miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, arritmia coronaria, valvulopatía cardíaca, aneurisma, hipertensión pulmonar, insuficiencia venosa (várices), enfermedad obstructiva de las arterias. **Enfermedades pulmonares o Bronquiales Crónicas**: Apnea del sueño, enfermedad bronquial obstructiva crónica, asma, fibrosis pulmonar, tuberculosis, bronquiectasia, enfisema. **Enfermedades Oncológicas:** cáncer, tumores, leucemia, linfomas, mieloma múltiple. **Enfermedades Endocrinas**: diabetes, enfermedades de la tiroide, enfermedades de la hipófisis. **Tumores Benignos**: bocio, tumor cerebral, neoplasias intraepitelial, pólipos intestinales, adenoma de próstata. **Enfermedades Renales**: insuficiencia renal crónica, glomerulopatías, nefropatías. **Enfermedades Digestivas**: cirrosis hepática, daño hepático crónico, hígado graso, pancreatitis, colitis ulcerosa, enfermedad de crohn, reflujo gastroesofágico, síndrome ulceroso gastroduodenal. **Enfermedades Neurológicas**: accidente vascular encefálico, esclerosis múltiple, hemiplejia, hemiparesia, epilepsia, TEC, neuropatía periférica, enfermedad de Parkinson, miastenia gravis, esclerosis múltiple. **Patología de Columna**: hernia, discopatía, espondiloartrosis, estenorraquis. **Patología del Aparato Músculo Esquelético**: artritis, lupus, artrosis, tendinopatía, fibromialgía, amputación de extremidades. **Patologías que limitan la vista o la audición**: cataratas, glaucoma, retinopatía, maculopatía, miopía, astigmatismo, vértigo, hipoacusia, tinnitus. **Patologías de la Nutrición**: obesidad, sobrepeso, desnutrición, bulimia, anorexia, enfermedad celiaca, intolerancia lactosa. **Enfermedades autoinmunes o de transmisión sexual**: sífilis, gonorrea, SIDA, virus papiloma. **Embarazo** (para embarazadas a la fecha de esta solicitud).

Continuación de Declaración del Beneficiario

En caso de padecer o haber padecido alguna de las preexistencias indicadas, o cualquier otra enfermedad no señalada, usted debe DECLARAR a continuación (por usted y por su grupo familiar si es el caso):

	nombre del beneficiario o carga	rut	descripción de la enfermedad, embarazo o accidente	fecha diagnóstico	CIE (uso administradora)
1					
2					
3					
4					
5					

Si requiere agregar observaciones sobre lo declarado, detallar a continuación:

5) Declaro por mí y por mi grupo familiar (si es el caso), que no realizamos ninguna actividad o deporte riesgoso, tales como: manejo de explosivos, trabajos en minas subterráneas, trabajos en altura o líneas de alta tensión, bungee, paracaidismo, piloto civil, alas delta, parapente, automovilismo, motociclismo, velerismo, buceo o inmersiones submarinas, montañismo, ski fuera de pista, espeleología, bombero, participación en carreras de velocidad, uso de moto como vehículo de traslado. En caso de efectuar alguna actividad o deporte riesgoso indicado, usted debe DECLARAR a continuación (por usted y por su grupo familiar si es el caso):

6) Acepto que todo lo declarado, sus consecuencias y complicaciones, no tendrá beneficio en el contrato.

7) Conforme lo señalado en la Ley N° 19.628, relativa a la Protección de la Vida Privada, por este acto vengo a facultar expresamente a Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada a la que estoy solicitando el (los) presente(s) contrato(s), o quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la administradora para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. Asimismo, consiento expresamente para que la administradora tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios con la salud, según lo expresa el artículo 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 administradora en el análisis del otorgamiento del beneficios y sus modificaciones, análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y, en general todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la administradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, con estos mismos fines.

CONFIRMO LA EXACTITUD Y VERACIDAD DE LA PRESENTE DECLARACIÓN Y QUE NADA HE OCULTADO U OMITIDO O DISMINUIDO EN ELLA.

fecha: __ __/__ __/__ __ __ __

firma Beneficiario titular

Copia: contratante