



AVDA. EL BOSQUE SUR 180 • LAS CONDES, SANTIAGO
Call Center: 600 221 3000, desde celular (02) 782 5398
www.consorcio.cl

TARJETA DE SUSCRIPCION

FECHA

Día	Mes	Año

(Llenar con letra imprenta)

I. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO TITULAR

N°	NOMBRE Ap. Paterno Ap. Materno y Nombres	C. IDENTIDAD	SEXO (F/M)	FECHA DE NACIMIENTO
1				
EMPRESA		CARGO/OCUPACION		

II. GRUPO FAMILIAR CON COBERTURA DE SALUD

N°	NOMBRE Ap. Paterno Ap. Materno y Nombres	C. IDENTIDAD	RELACION C/ASEGURADO	SEXO (F/M)	FECHA DE NACIMIENTO
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

III. ANTECEDENTES DE SALUD DEL TITULAR Y SU GRUPO FAMILIAR

(Señale las enfermedades que padezcan o hayan padecido, y a las personas actualmente embarazadas.)

NOMBRE BENEFICIARIO	Tipo(*)	ENFERMEDAD Nombre	FECHA DIAGNOSTICO	USO EXCLUSIVO DE CNS

*TIPOS DE ENFERMEDAD

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. Neurológicas 2. Cardíacas - Presión Alta 3. Endocrinas - Diabetes 4. Pulmonares - Respiratorias 5. Urológicas - Renales - Genitales | <ul style="list-style-type: none"> 6. Digestivas 7. Inmunológicas - Sida 8. Congénita 9. Tumores en cualquier localización 10. Problemas del embarazo | <ul style="list-style-type: none"> 11. Embarazo actual 12. Intervención quirúrgica efectuada 13. Intervención quirúrgica pendiente 14. Otra enfermedad |
|--|--|--|

Solicito la inscripción en los seguros contratados por la empresa y autorizo irrevocablemente a Consorcio Nacional de Seguros de Vida, para que requiera o solicite toda la información sobre mis antecedentes patológicos o lo de mi(s) dependiente(s), como también a los médicos y/o instituciones para que suministren a la Compañía la información completa o copia de sus archivos, a objeto de analizar esta inscripción.

IV. USO DEL EMPLEADOR (OBLIGATORIO)

Vigencia a contar de: _____/_____/_____

Firma y Timbre Empresa: _____

FIRMA DEL TITULAR _____

V. USO EXCLUSIVO DE CNS

Póliza N°: _____	Firma Evaluador Médico
Fecha E.M.: _____/_____/_____	