

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN O MODIFICACIÓN SEGURO COLECTIVO



IMPORTANTE: Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguros colectivos, cuyas condiciones han sido convenidas por el contratante directamente con la Compañía de Seguros. Ante cualquier duda por favor acérquese al personal de recursos humanos de su empresa.

Vida	Catastrófico/Salud Ampliado	Solicitud Inicial Asegurable Titular	Modificación de Datos
Salud Complementario	Dental	Incorporación de Asegurables Adicionales	Evaluación de Capital

NOMBRE EMPRESA CONTRATANTE		RUT
NÚMERO DE PÓLIZA		GRUPO
FECHA INGRESO A LA PÓLIZA (DD/MM/AAAA)		

I. ASEGURABLE TITULAR			
Nombre:	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	RUT:
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):	Sexo: Femenino Masculino	Estado Civil:	
Sistema de Salud Previsional: Isapre Fonasa	Nombre Isapre:	Actividad / Profesión:	
Dirección Particular:	N° Casa / Depto.:		
Comuna:	Ciudad:	Teléfono:	E-mail:
Tipo de Cuenta: Corriente Vista	N° de Cuenta:	Banco:	

Datos bancarios para abono de sus beneficios. Si no lo indica, la liquidación de reembolso se efectuará por el medio predefinido.

II. ASEGURABLES ADICIONALES PARA EL SEGURO DE SALUD, CATASTRÓFICO, DENTAL O SALUD AMPLIADO (solo si la cobertura fue contratada)					
RUT	DV	Nombre y Apellidos	Relación / Parentesco	Sexo	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

III. BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA (solo si la cobertura fue contratada)					
RUT	DV	Nombre y Apellidos	Relación / Parentesco	% del Capital Asegurado	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN O MODIFICACIÓN SEGURO COLECTIVO



IV. DECLARACIÓN DE SALUD, DEPORTES Y/O ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO

Usted y/o su grupo familiar se están incorporando a un seguro de vida y/o salud, por lo que es necesario que informe todos los antecedentes médicos que permitan a MetLife evaluar las condiciones de aseguramiento.

¿Usted o alguien de su grupo familiar padece o ha padecido alguna condición de salud, o bien se encuentra actualmente sometido a un diagnóstico en estudio para alguna patología representada en el siguiente listado de enfermedades?:

- | | | |
|--|--|--|
| 01. Tumores, Cáncer. | 07. Endocrinológicas. | 13. Reumatológicas. |
| 02. Cerebrovasculares, Accidente Vascular Encefálico (AVE), Aneurisma. | 08. Nutricionales, Obesidad, Metabólica, Diabetes. | 14. De la Sangre, Ganglios, Linfáticos. |
| 03. Respiratorias. | 09. Sistema Nervioso Central, Periférico. | 15. Psiquiátricas o Mentales. |
| 04. Cardíacas, Vasculares, Circulatorias, Hipertensión. | 10. Infecciosas, Virales, Bacterianas, Parasitarias, Hongos. | 16. Oídos, Nariz, Garganta, Boca. |
| 05. Digestivas. | 11. Osteoarticulares, Musculares. | 17. De los Ojos. |
| 06. Renales, Genitourinarias. | 12. De la Piel. | 18. Del Embarazo y cursando actual embarazo. |
| | | 19. Otras Patologías o Diagnósticos no asociados ni relacionados con las anteriores. |

¿Usted o alguien de su grupo familiar practica, aunque sea de forma ocasional o esporádica, alguna actividad o deporte riesgoso representado en el siguiente listado?

- | | | |
|-------------------------------|--|--|
| 20. Inmersiones subacuáticas. | 29. Rodeo. | 36. Bombero. |
| 21. Buceo. | 30. Carreras de velocidad (auto, moto, embarcaciones acuáticas, bicicleta, ski de nieve, caballos. | 37. Piloto o pasajero de avión civil. |
| 22. Artes Marciales. | 31. Ski en helicóptero. | 38. Pasajero de aviación comercial en vuelos no regulares o de itinerario no establecido. |
| 23. Alas Delta. | 32. Manta Ray. | 39. Otras actividades o deportes riesgosos que requieran del uso de protecciones y/o medidas especiales de seguridad para realizarlos. |
| 24. Equitación. | 33. Polo. | |
| 25. Parapente. | 34. Kite Surf. | |
| 26. Paracaidismo. | 35. Ciclismo. | |
| 27. Montañismo o escalada. | | |
| 28. Benji. | | |

En caso que usted o alguno de los asegurables adicionales propuestos padezca, haya padecido, le haya sido o esté siendo diagnosticado de alguna enfermedad, patología o diagnóstico, o realice alguna de las actividades y/o deportes riesgosos anteriormente mencionados, favor detalle la información solicitada:

N° de Diagnóstico, Actividad o Depo. Riesgoso	Nombre y Apellido Asegurable	Nombre de Enfermedad, Diagnóstico, Actividad o Deporte	Solo para enfermedades o diagnósticos		
			Fecha Diagnóstico (dd/mm/aaaa)	Condición Actual de Salud	Tratamiento Indicados

V. DECLARACIONES, AUTORIZACIONES Y CONSENTIMIENTOS

Declaro mi conformidad a la presente Declaración Personal de Salud, la cual he entendido y contestado en forma completa, veraz y sin reticencias en mi nombre y en el de mis adicionales, entendiéndolo que forma parte del contrato de seguro y es esencial para su validez, por lo que cualquier declaración falsa, errónea o mera reticencia o inexactitud en cuanto a las respuestas que he entregado, puede implicar la nulidad del contrato de seguro y facultará a MetLife para rescindir o poner término al contrato o bien, rechazar el pago de la indemnización (Art. N° 525 del Código de Comercio).

Por este acto y en conformidad a lo dispuesto en la Ley N° 19.628 sobre protección a la vida privada, autorizo expresamente a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. para que haga tratamiento, almacene y transmita mis datos personales y la información que le he proporcionado, a su matriz, filiales, sociedades coligadas, empresas relacionadas, sociedades del Grupo Empresarial al que pertenece y terceros prestadores de servicios, estén ubicados dentro o fuera de Chile, con el propósito que i) me contacten y pongan a mi disposición información y ofertas de sus productos y servicios; ii) procedan al almacenamiento y tratamiento de mis datos e información personal para el cumplimiento de este Contrato de Seguro; y iii) hagan efectivos los convenios que pudieren estar asociados al seguro que he contratado.

Asimismo, autorizo a que cualquier información o notificación que deba efectuar MetLife en virtud del presente contrato de seguros sea realizada a través de correo electrónico o por cualquier otro medio de comunicación fehaciente.

VI. INFORMACIÓN DEL CAPITAL ASEGURADO INICIAL (solo si la cobertura de vida fue contratada)

Capital (UF):	Renta (\$):	Detalle:
---------------	-------------	----------

FIRMA ASEGURADO TITULAR	FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	FIRMA Y RUT EMPLEADOR
Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año	Fecha: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día Mes Año

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo propuesto o bien establecer limitaciones especiales a la cobertura, por tanto la vigencia de la cobertura individual de este seguro comenzará a regir una vez que la Compañía haya aceptado el riesgo propuesto. Las 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 2 2013 0163 para Seguro Colectivo Temporal de Vida, POL 3 2013 0223 para Seguro Colectivo Complementario de Salud, CAD 3 2013 0235 para Cláusula de Cobertura Dental y POL 3 2013 0243 para Prestaciones Médicas de Alto Costo.