

SOLICITUD DE INCORPORACION DE CONYUGE O SUBSTITUTO



I. ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE

NOMBRE : _____
 RUT : _____ FECHA NACIMIENTO : _____
 EDAD : _____ EMAIL : _____
 DOMICILIO : _____
 CIUDAD : _____
 TELEFONO : _____
 INCORPORACION EN POLIZA N° : _____

Declaro estar en conocimiento que la ocultación u omisión de mi parte de antecedentes personales y de salud de mi cónyuge o sustituto puede originar el rechazo de su inclusión o la modificación de sus condiciones, la incorporación del cónyuge o sustituto y la fecha en que entra en vigencia estará indicada en la póliza respectiva, mediante anotación firmada por un representante autorizado de la mutual y será efectiva siempre que se haya pagado la extra-prima correspondiente.

DATOS EXCLUSIVOS DEL CONYUGE O SUBSTITUTO DEL ASEGURADO

Persona a incorporar :

1.- Nombres y Apellidos		
Cónyuge <input type="checkbox"/>	Substituto <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>
		Edad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.- ¿Qué enfermedades, tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas ha tenido o tiene? Indicar fechas aproximadas, diagnóstico y consecuencias. (Utilice el reverso del formulario si quiere más espacio).		

3.- Peso: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kgs.	4.- Estatura: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Mts.	5.- Presión Arterial: Baja <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
6. ¿Usted fuma? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	8. ¿Usted ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?	
¿Hace cuántos años fuma? <input type="text"/> <input type="text"/>	Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/>	
¿Cuántos cigarrillos al día? <input type="text"/> <input type="text"/>		
7. ¿Fumaba? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	9. Ha estado enfermo o en tratamiento médico por este motivo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
¿Cuántos cigarrillos al día? <input type="text"/> <input type="text"/>	Si es "SI", detalle: -----	
¿Cuánto hace que no fuma? <input type="text"/> <input type="text"/>		
10. Estado actual de salud: Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/>		

Estado Actual de Salud del Asegurado: ----- (escrito de Puño y Letra por el Asegurado)

Fecha: día mes año

Deseo recibir mi póliza en: -----

FIRMA DEL ASEGURADO

Determinación Médico Jefe:

Pendiente Rating

Rechazado Recargo

Aprobado Suspenso

Fecha: día mes año

FIRMA DEL MÉDICO