

FECHA:

ROL:



SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE HIJOS MUTUAL FAMILIAR FLEXIBLE

(La cobertura de los hijos es desde los 30 días hasta los 24 años de edad)

I. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO

NOMBRE : _____

RUT : _____ FECHA NACIMIENTO : _____

EDAD : _____ EMAIL : _____

DOMICILIO : _____

CIUDAD : _____

TELEFONO : _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA(S) POLIZA(S)

III. ANTECEDENTES DE LOS HIJOS

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO	CAPITAL A SUSCRIBIR
_____	_____	_____ U.M.
_____	_____	_____ U.M.
_____	_____	_____ U.M.
_____	_____	_____ U.M.

1.- ¿Ha estado su hijo (a) hospitalizado o en tratamiento médico o quirúrgico en alguna oportunidad? SI NO

2.- ¿Padece de ceguera, sordera, cojera o algún otro tipo de invalidez? SI NO

3.- ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad al Corazón, Cáncer, Diabetes, Obesidad, Hipertensión, Cirrosis Hepática, Hemiplejia, Sida u otras? SI NO

Si usted ha contestado SI alguna de las preguntas, favor detalle más antecedentes en este espacio.

Firma del Asegurado

V°B° Funcionario

V°B° Jefe Agencia

ARICA
San Marcos N°438 Of.22
Fono: (58) 254423

IQUIQUE
Serrano N°154
Fono: (57) 422563

ANTOFAGASTA
Sucre N°397
Fono: (55) 223591

LA SERENA
Almirante Allard N°461
Fono: (51) 210902

VALPARAISO
Molina N°446
Fono: (32) 2326700
Casa Matriz

SANTIAGO
Moneda N°1137 Piso 2
Fono: (2) 6962971

CONCEPCION
Colo Colo N°374
Fono: (41) 2222135

TEMUCO
Las Heras N°698
Fono: (45) 213549

PUERTO MONTT
Pedro Montt N°65 Of.503
Fono: (65) 319848

PUNTA ARENAS
O'Higgins N°824
Fono: (61) 224429