

FECHA:



SOLICITUD DE REVALIDACIÓN DE PÓLIZA(S)

I. ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE

NOMBRE : _____
 RUT : _____ FECHA NACIMIENTO : _____
 EDAD : _____ EMAIL : _____
 DOMICILIO : _____
 CIUDAD : _____
 TELEFONO : _____

II. ANTECEDENTES DEL EMPLEADOR

NOMBRE : _____
 DOMICILIO : _____
 CIUDAD : _____
 TELEFONO : _____

III. ANTECEDENTES DE LA(S) POLIZA(S) A REVALIDAR

IV. ANTECEDENTES FORMA DE PAGO

1. Mantengo mi actual Sistema de Cobranza
2. Deseo cambiar mi Sistema de Cobranza a : (*) Completar Mandato Respectivo
 Pago Directo *PAC *PAT Descuento por Planilla

¿Por qué dejó de pagar sus primas?

En caso de ser aceptada esta solicitud, las primas atrasadas las pagaré en la siguiente forma

(Seleccione sólo una de las alternativas):

AL CONTADO DOBLE DESCUENTO INDICAR EL NÚMERO DE CUOTAS _____(1-10)

La(s) póliza(s) será(n) reactivada(s) una vez que esta Solicitud de Revalidación haya sido aceptada.

Los Beneficios Adicionales Gratuitos serán reintegrados una vez que se cancele la totalidad de la deuda.

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 Alford N°461
Fono: (51) 210902

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

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

CONCEPCION
Cabo 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

DECLARACIÓN DE SALUD DEL SOLICITANTE

<p>1.- ¿Que enfermedades, tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas ha tenido o tiene? Indicar fechas aproximadas, diagnóstico y consecuencias.</p> <p>-----</p>	
<p>2.- Peso: <input type="text"/> <input type="text"/> Kgs. 3.- Estatura: <input type="text"/> <input type="text"/> Mts.</p>	<p>4.- Presión Arterial : (Marcar con una x) Baja <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/></p>
<p>5.- ¿Actualmente Fuma? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pasar a 6. ¿Cuántos cigarrillos al día? <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Hace cuantos años? <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>6.- ¿Fumó alguna vez? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pasar a 7. ¿Cuántos cigarrillos al día? <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Hace cuantos años que no fuma? <input type="text"/> <input type="text"/> ¿Durante cuántos años fumó? <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>7.- ¿Actualmente Ingiere Bebidas Alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pasar a 8. Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/></p>	<p>8.- ¿Ingirió alguna vez Bebidas Alcohólicas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pasar a 9. Diariamente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> ¿Hace cuántos años que no bebe? <input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>9.- ¿Ha estado enfermo o en Tratamiento Médico por este motivo? Si <input type="checkbox"/> Detallar: ----- ----- No <input type="checkbox"/> Pasar a 10.</p>	
<p>10.- ¿Estado de Salud Actual? Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/></p>	

ANTECEDENTES DE OTRAS PERSONAS INCORPORADAS A LA(S) PÓLIZA(S)

11.- ¿Estado de Salud Actual?	Bueno	Regular	Deficiente
CÓNYUGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIJOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CARGAS ANEXAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES:			
.....			
.....			
12.- ¿Que enfermedades, tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas ha tenido o tiene su Cónyuge?. Indicar fechas aproximadas, diagnóstico y consecuencias.			
.....			
.....			

13.- DECLARACIÓN:

Declaro que todos los datos e informaciones sobre mi salud y la de mi grupo familiar son correctos y verídicos acepto que estos sean la base para la aprobación de la presente solicitud de revalidación, aceptando desde ya que el seguro que revalido sea declarado nulo por la mutua si se comprobare que ha habido ocultación de antecedentes o fueren inexactos los datos proporcionados.

Acepto además que, si la mutua lo estima necesario, confirme mis declaraciones solicitando informe de antecedentes patológicos, dispensando a sus médicos de cualquiera prohibición que sobre el particular exista, aun después de ocurrir mi fallecimiento o el de cualquier otra persona incorporada a la(s) póliza(s) que revalido. La Póliza no se entenderá revalidada, sin una declaración expresa en tal sentido, formulada por el Asegurador en su respectivo original.

Fecha		Huella y Firma del Solicitante		
USO DE MUTUAL DE SEGUROS DE CHILE				
INFORME DEL MEDICO JEFE				
RATING	APROBADO	RECHAZADO	RECARGO	SUSPENSO
OBSERVACIONES:				
.....				
.....				
FECHA		FIRMA DEL MEDICO JEFE		