

IMPORTANTE: Documento debe ser escrito de puño y letra del contratante del seguro

USO EXCLUSIVO MUTUAL	
Fecha Recepción Mutual	
N° OT	
ROL	

1. Antecedentes del Contratante.	
Nombre:	Rut:
Domicilio:	Ciudad:
E-mail:	Teléfonos:

2. Antecedentes del Asegurado (sólo si es distinto del Contratante)	
Nombre:	Rut:
Fecha de Nacimiento: / /	Edad:
Domicilio:	Ciudad:
E-mail:	Teléfonos:

3. Antecedentes de la(s) Póliza(s)	
N° de Póliza(s):	Plan:

4. ¿Por qué dejó de pagar sus primas?
<input type="checkbox"/> Porque no se hizo efectivo el PAC o cerró su Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Otro motivo (Favor detallar): _____

5. Antecedentes Forma de Pago	
<input type="checkbox"/> Mantengo mi actual Sistema de Cobranza	Deseo cambiar mi Sistema de Cobranza a: <input type="checkbox"/> Pago Directo <input type="checkbox"/> PAC (*) <input type="checkbox"/> PAT (*) <input type="checkbox"/> Descuento por Planilla(*) Cobrador N°: _____

(*) Completar mandato respectivo/Autorización Descuento por Planilla

COMPLETAR EN CASO DE ESTAR CURSANDO UNA REHABILITACIÓN DE SEGUROS TRADICIONALES
En caso de ser aceptada esta solicitud, las primas atrasadas las pagaré en la siguiente modalidad:
<input type="checkbox"/> Al Contado <input type="checkbox"/> Doble Descuento (Sólo hasta 10 primas impagas) <input type="checkbox"/> Indicar el N° de Cuotas (1-10) _____

Nota: En caso de estar cursando una rehabilitación de Seguros MIS/MAES se debe realizar un único pago, que deje la Cuenta Básica con un saldo mayor que cero.

6. Abono de Activación	(Este monto debe ser igual o superior al valor equivalente a una prima mensual)
Declaro estar en conocimiento de que la póliza será reactivada una vez que esta solicitud haya sido aceptada.	
Al mismo tiempo autorizo solo a Mutual de Seguros de Chile, a descontar de la indemnización por fallecimiento, el saldo de las primas adeudadas correspondientes al trámite de rehabilitación de mi(s) póliza(s) N°(s) _____, si éste ocurre durante el transcurso de la regularización de mi deuda.	

IMPORTANTE: Adjuntar copia de Cédula de Identidad por ambos lados.

FIRMA Y HUELLA CONTRATANTE

V°B° FUNCIONARIO

V°B° JEFE AGENCIA



600 626 7311



+56 9 3783 0823



www.mutualdeseguros.cl



contacto@mutualdeseguros.cl



DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado : _____

Rut: _____

1. ¿Qué enfermedades, tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas ha tenido o tiene? Indicar fechas aproximadas, diagnósticos y consecuencias: _____

2. Peso: <input type="text"/> <input type="text"/> kgs.	3. Estatura <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	4. Presión Arterial: (Marcar con una X) Baja <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
---	--	---

<p>5. ¿Actualmente fuma?</p> <p>SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántos cigarrillos al día? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>¿Hace cuántos años? <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>6. ¿Fumó alguna vez?</p> <p>SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántos cigarrillos al día? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>¿Hace cuántos años que no fuma? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>¿Durante cuántos años fumó? <input type="text"/> <input type="text"/></p>
--	--

<p>7. ¿Actualmente ingiere bebidas alcohólicas?</p> <p>SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></p> <p>Diariamente <input type="checkbox"/></p> <p>Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>Ocasionalmente <input type="checkbox"/></p>	<p>8. ¿Ingirió alguna vez bebidas alcohólicas?</p> <p>SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></p> <p>Diariamente <input type="checkbox"/></p> <p>Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>Ocasionalmente <input type="checkbox"/></p> <p>¿Hace cuántos años que no bebe? <input type="text"/> <input type="text"/></p>
--	--

9. ¿Ha estado enfermo o en tratamiento Médico por ingerir bebidas alcohólicas?

SI: NO:

Detallar: _____

10. Estado de Salud Actual: Bueno: Regular: Deficiente:

11. ¿Practica o realiza actualmente algún deporte o actividad de alto riesgo?

SI: NO:

Detallar: _____

COMPLETAR EN CASO DE ESTAR CURSANDO UNA REHABILITACIÓN DE SEGUROS FAMILIARES

Antecedentes de Otras personas Incorporadas en la(s) Póliza(s):

Estado de Salud Actual	Bueno	Regular	Deficiente
Cónyuge			
Hijos			
Cargas Anexas			

Observaciones: _____

¿Qué enfermedades, tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas ha tenido o tiene su cónyuge? Indicar fechas aproximadas, diagnóstico y consecuencias: _____

AUTORIZACION DE REVALIDACION PARA LA COBERTURA DEL CÓNYUGE O SUSTITUTO

(Válido para pólizas Mutual Protección Flexible)



Nombre del Cónyuge o Sustituto: _____

Rut: _____

1. ¿Qué enfermedades, tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas ha tenido o tiene? Indicar fechas aproximadas, diagnósticos y consecuencias: _____

2. Peso: <input type="text"/> <input type="text"/> kgs.	3. Estatura <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	4. Presión Arterial: (Marcar con una X) Baja <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/>
---	--	---

<p>5. ¿Actualmente fuma?</p> <p>SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántos cigarrillos al día? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>¿Hace cuántos años? <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>6. ¿Fumó alguna vez?</p> <p>SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></p> <p>¿Cuántos cigarrillos al día? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>¿Hace cuántos años que no fuma? <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>¿Durante cuántos años fumó? <input type="text"/> <input type="text"/></p>
--	--

<p>7. ¿Actualmente ingiere bebidas alcohólicas?</p> <p>SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></p> <p>Diariamente <input type="checkbox"/></p> <p>Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>Ocasionalmente <input type="checkbox"/></p>	<p>8. ¿Ingirió alguna vez bebidas alcohólicas?</p> <p>SI: <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/></p> <p>Diariamente <input type="checkbox"/></p> <p>Semanalmente <input type="checkbox"/></p> <p>Ocasionalmente <input type="checkbox"/></p> <p>¿Hace cuántos años que no bebe? <input type="text"/> <input type="text"/></p>
--	--

9. ¿Ha estado enfermo o en tratamiento Médico por ingerir bebidas alcohólicas?

SI: NO:

Detallar: _____

10. Estado de Salud Actual: Bueno: Regular: Deficiente:

11. ¿Practica o realiza actualmente algún deporte o actividad de alto riesgo?

SI: NO:

Detallar: _____

Fecha: / /

FIRMA Y HUELLA CÓNYUGE O SUSTITUTO
DEL ASEGURADO

USO EXCLUSIVO MUTUAL			
Determinación Médico Jefe:	Aprobado:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
		Fecha Emisión: / /	
Observaciones: _____ _____ _____ _____			
_____ FIRMA Y TIMBRE MÉDICO JEFE			