

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE CÓNYUGE O SUSTITUTO

(Para pólizas inscritas antes de Diciembre de 2013)



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 Asegurado Titular

Nombre Completo:	
Rut:	Fecha de Nacimiento: / /
Edad:	E-mail:
Domicilio:	Ciudad:
Teléfono Fijo:	Teléfono Celular:

2. Antecedentes de la Póliza

N° Póliza:	Plan:
------------	-------

Declaro estar en conocimiento de 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 CÓNYUGE O SUSTITUTO DEL ASEGURADO

1. Nombre Completo:					
<input type="checkbox"/> Cónyuge	<input type="checkbox"/> Sustituto	Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	Años:	
2. ¿Qué enfermedades, tratamientos médicos o intervenciones quirúrgicas he tenido o tiene? Indicar fechas aproximadas, diagnóstico y consecuencias (Utilice el reverso del formulario si quiere más espacio).					
3. Peso: Kgs.	4. Estatura: Mts.	5. Presión Arterial:	<input type="checkbox"/> Baja	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alta
6. ¿Usted fuma?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	8. ¿Usted ingiere o ha ingerido bebidas alcohólicas?		
¿Hace cuántos años fuma?	años	<input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Ocasionalmente	
¿Cuántos cigarrillos al día?	cigarros				
7. ¿Usted fumaba?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	9. ¿Ha estado enfermo o en tratamiento médico por este motivo?		
¿Cuántos cigarrillos al día?	cigarros	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es "Sí", detalle:	
¿Hace cuánto que no fuma?					
10. Estado actual de salud:	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Deficiente		

Detalle Asignación de Capital Asegurado Cónyuge o Sustituto (Protección Familiar Flexible):

U.M.

Nota: El Capital Asegurado del Cónyuge o Sustituto no puede ser inferior al 50% ni superior al 100% del Capital Asegurado Titular.

Estado de Salud del Asegurado: (Escrito de puño y letra por el Asegurado)

Deseo recibir el Certificado de Modificación en: Domicilio Agencia:

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

FIRMA Y HUELLA ASEGURADO TITULAR

V° B° FUNCIONARIO

V° B° JEFE AGENCIA

USO EXCLUSIVO MUTUAL

Determinación Médico Jefe:	Aprobado:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Fecha Emisión: / /
Observaciones:				FIRMA Y TIMBRE MÉDICO JEFE



600 626 7311



+56 9 3783 0823



www.mutualdeseguros.cl



contacto@mutualdeseguros.cl

