SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE CARGAS ANEXAS A PÓLIZA

(Para pólizas inscritas antes de Diciembre de 2013)

MUTUAL DE SEGUROS DE CHILE

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

2. Antecedentes de la Póliza

N° Póliza:	Plan:

3. Antecedentes Personas a Incluir en la Póliza

Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno	Fecha de Nacimiento	Edad	Tipo Carga	Estado de Salud	Prima
		años			U.M.
		años			U.M.
		años			U.M.
		años			U.M.
		años			U.M.
				Prima Mensual Cobertura Cargas Anexas:	**U.M.**

CAPITALES ASEGURADOS: Cargas Menores: 10 U.M. **Cargas Mayores:** 25 U.M.

EDADES DE INCORPORACIÓN:

Protección Múltiple Reajustable	Protección Temporal Flexible, Mutual Mujer Protegida
Carga Menor: desde los 90 días hasta los 21 años de edad. **Carga Mayor:** desde los 21 años hasta los 65 años de edad.	**Carga Menor:** desde los 30 días hasta los 24 años de edad. **Carga Mayor:** desde los 24 años hasta los 65 años de edad.

4. Antecedentes Médicos Cargas a Incorporar

Pregunta	Sí	No
1. ¿Ha estado hospitalizado o en tratamiento médico o quirúrgico en alguna oportunidad?	☐	☐
2. ¿Padece ceguera, sordera, cojera o algún otro tipo de invalidez?	☐	☐
3. ¿Padece o ha padecido alguna enfermedad al Corazón, Cáncer, Diabetes, Obesidad, Hipertensión, Cirrosis Hepáticas, Hemiplejia, Sida u otras?	☐	☐

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

Declaro estar en conocimiento que la ocultación u omisión de mi parte de antecedentes personales y de salud de las personas que deseo incorporar, pueden originar la nulidad de su inclusión. La incorporación de las personas y la fecha en que entran en vigencia sus coberturas deberá estar indicada en la póliza respectiva, mediante anotación firmada por un representante autorizado de la Mutual y se hará efectiva siempre que se haya pagado la extra-prima correspondiente.

Deseo recibir el Certificado de Modificación en: ☐ Domicilio ☐ Agencia:

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

FIRMA Y HUELLA ASEGURADO TITULAR

V° B° FUNCIONARIO

V° B° JEFE AGENCIA