

OT:
ROL:

PROPUESTA DE INCORPORACIÓN DE COBERTURAS ADICIONALES CLÁUSULA DE AYUDA EDUCACIONAL Y/O REEMBOLSO DE SERVICIOS FUNERARIOS

IMPORTANTE: Favor responder este formulario de puño y letra. Haga sus declaraciones con toda tranquilidad y franqueza, no se aceptan borrones, correcciones, ni uso de líquido de borrar.

1.- Antecedentes del Asegurado

Nombres, Apellido Paterno y Materno:									
RUT:							-		Estado Civil:

Datos de Contacto									
Domicilio:									
E-Mail:					Teléfono de contacto:				

*Nota: La edad máxima de contratación de la Clausula de Ayuda Educacional asciende a 64 años con 365 días.

2.- Antecedentes del Contratante (Llenar sólo si es distinto al Asegurado):

Nombres, Apellido Paterno y Materno:									
RUT:							-		Estado Civil:

Datos de Contacto									
Domicilio:									
E-Mail:					Teléfono de contacto:				

3.- Identificación de la(s) Póliza(s) a las cuales desea incorporar:									
----------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4.- Cláusula de Ayuda Educacional y Reembolso por Servicios Funerarios para Hijo: Todas las coberturas adicionales mencionadas en el siguiente cuadro se extienden a los hijos incorporados hasta el día que éstos cumplan los 24 años de edad.

NOMBRE, APELLIDO PATERNO Y MATERNO (HIJO DEL ASEGURADO TITULAR)	FECHA NAC.	EDAD	CLÁUSULA EDUCACIONAL			REEMBOLSO SERVICIOS FUNERARIOS			PRIMA MENSUAL
			INC.	RENTA ANUAL	UF	INC.	MONTO TOPE	UF	
	dd/mm/aaaa		SI	NO	UF	SI	NO	40 UF	UF
	dd/mm/aaaa		SI	NO	UF	SI	NO	40 UF	UF
	dd/mm/aaaa		SI	NO	UF	SI	NO	40 UF	UF
	dd/mm/aaaa		SI	NO	UF	SI	NO	40 UF	UF
PRIMA TOTAL COBERTURAS ADICIONALES PARA HIJOS									UF

IMPORTANTE: De aceptarse esta propuesta, el monto de la prima por la(s) cobertura(s) adicionales solicitadas en el cuadro precedente se adicionará a la prima mensual que actualmente paga por la cobertura del seguro.

DESCRIPCIÓN DE LAS COBERTURAS ADICIONALES:

CLÁUSULA DE AYUDA EDUCACIONAL (CAE): Consiste en una renta anual que Mutua se compromete a pagar en el mes de marzo de cada año al hijo beneficiario de la renta cuya incorporación haya sido aceptada por el asegurador. El pago de la renta anual educacional se efectuará en el mes de marzo a partir del año siguiente a aquél en que falleció el Asegurado Titular, siempre que dicho beneficiario se encuentre estudiando en cursos regulares en un establecimiento educacional autorizado por el Estado para impartir kínder, educación básica, media, universitaria o técnico-profesional, y cesará automáticamente en el mes de marzo del año en que el hijo beneficiario de la renta cumpla los 24 años de edad.

CLÁUSULA DE REEMBOLSOS DE SERVICIOS FUNERARIOS: Consiste en el reembolso del gasto de los servicios funerarios efectuados por el Asegurado Titular, por un monto de hasta 40 UF, una vez que éste acredite haberse hecho cargo de los servicios funerarios del hijo incorporado a esta póliza.

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD DEL ASEGURADO TITULAR

IMPORTANTE: Llenar sólo si contrata CLAÚSULA DE AYUDA EDUCACIONAL (CAE)

Favor responder este formulario de puño y letra. Haga sus declaraciones con toda tranquilidad y franqueza, no se aceptan borrones, correcciones, ni uso de líquido de borrar.

Peso	Estatura	¿FUMA?	SI	Hace cuántos años que fuma:	Años	Presión Arterial		
Kg.	mt.			NO	¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente?:	Cigarros	Alta	Normal
				¿Hace cuánto tiempo que dejó de fumar?:	Años			

Marque con una cruz "X" en el casillero correspondiente, su respuesta "SI" o "NO"

	SI	NO
1.- ¿Ha variado su peso por más de 5 Kg. en los últimos seis meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Ha sido Operado Quirúrgicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Ha estado Hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Ha tenido en los últimos 5 años cáncer, tumores, quistes, pólipos, nódulos, enfermedad de los ganglios linfáticos, divertículos, abscesos u otro tipo de alteración benigna o maligna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- ¿Está recibiendo tratamiento médico por alguna enfermedad o dolencia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Ingiere algún medicamento en forma periódica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Practica alguna actividad, oficio o profesión riesgosa o peligrosa, tales como: Guardia de Seguridad o afín, Carabinero, Policía de Investigaciones, Gendarme, personal de las Fuerzas Armadas, Guardaespaldas, Bombero, trabajo con explosivos, desactivación de bombas, trabajo con tóxicos o sustancias químicas o peligrosas, actividades en altura, submarinista, perforador petrolero o de túneles, minero, leñador, domador de animales salvajes, matar ganado, tripulante o pasajero en barcos pesqueros, carga o descarga de vehículos, electricidad de alta tensión, rescatista, piloto o tripulante de aviones civiles o de empresas de aeronavegación u otra actividad, profesión u oficio objetivamente riesgoso que ponga en riesgo su integridad física? <i>(En caso de contestar afirmativamente llenar cuestionario de riesgo).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Practica alguna de las siguientes actividades o deportes riesgosos o peligrosos, tales como: motociclismo en cualquier modalidad, automovilismo o afines, montañismo, alpinismo, escalada, bungee (caída libre con cuerda), paracaidismo, alas delta, parapente, aviación deportiva, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, planeador, buceo o inmersión subacuática, caza deportiva, canotaje, surf, o cualquier otro deporte o actividad que se pueda considerar riesgoso o peligroso? <i>(En caso de contestar afirmativamente llenar cuestionario de riesgo).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Ha experimentado algún cambio en su condición de salud, desde el momento de la contratación inicial de su seguro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.- ¿Cómo considera su estado de salud actual? Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/>		
En caso de contestar afirmativamente cualquiera de las preguntas de la declaración precedente, favor consignar fechas, diagnósticos, tratamientos seguidos, centro asistencial en que fue atendido, nombre del médico que lo atendió, estado de salud actual, actividad o deporte riesgoso o peligroso y cualquier otro detalle, especificando el número de pregunta.		
<hr/>		
<hr/>		
<hr/>		

DECLARACIÓN ESPECIAL: Declaro bajo juramento que las respuestas de la Declaración Personal de Salud del Asegurado Titular son verdaderas y estoy de acuerdo en que ellas sean determinantes para que Mutual de Seguros de Chile acepte la cobertura de la Cláusula de Ayuda Educacional, como igualmente estoy de acuerdo en que el compromiso asumido por Mutual se anule por haber proporcionado información falsa o errónea, u ocultado antecedentes o circunstancias.

IMPORTANTE: ESTA DECLARACIÓN NO OTORGA COBERTURA HASTA HABER SIDO EVALUADA Y ACEPTADA POR MUTUAL DE SEGUROS. LA DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD TIENE UNA VALIDEZ DE 30 DÍAS CONTADOS DESDE LA FECHA DE LA PROPUESTA.

Fecha Propuesta: dd / mm / aaaa

Firma y Huella del Contratante
(Sólo si es distinto del Asegurado Titular)

Firma y Huella del Asegurado Titular