

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE HIJOS CLÁUSULA DE AYUDA EDUCACIONAL

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

2. Antecedentes de la(s) Póliza(s):

N. de póliza(s)	Plan		
	<input type="checkbox"/> M. Familiar Flexible	<input type="checkbox"/> M. Protección Reajutable	<input type="checkbox"/> M. Mujer Protegida
	<input type="checkbox"/> M. Familiar Flexible	<input type="checkbox"/> M. Protección Reajutable	<input type="checkbox"/> M. Mujer Protegida
	<input type="checkbox"/> M. Familiar Flexible	<input type="checkbox"/> M. Protección Reajutable	<input type="checkbox"/> M. Mujer Protegida

3. Antecedentes Personas a Incluir en la Póliza

Nombre, Apellido Paterno, Apellido Materno	Fecha de Nacimiento	Edad	Capital	Prima
		años	U.M.	U.M.
		años	U.M.	U.M.
		años	U.M.	U.M.
		años	U.M.	U.M.
		años	U.M.	U.M.
PRIMA MENSUAL COBERTURA CARGAS ANEXAS:				U.M.

COBERTURA - Mutual Familiar Flexible, M. Mujer Protegida: Hasta los 25 años con 364 días. **Mutual Múltiple Reajutable:** Hasta los 24 años con 364 días. **CAPITAL:** Capital mínimo 5 UM y máximo 130 UM.

DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO TITULAR

Declaro que las respuestas que doy a continuación son verdaderas y estoy de acuerdo en que ellas sean determinantes para que la Mutua de Seguros de Chile acepte la cobertura sobre los hijos por los cuales estoy solicitando la Cláusula de Ayuda Educativa.

No se entenderá perfeccionada la inclusión de los hijos del solicitante sin una declaración expresa de Mutua de Seguros de Chile en tal sentido.

Contestar de puño y letra del Asegurado:	Si	No
Pregunta		
1. ¿Ha estado hospitalizado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Ha sido operado o intervenido quirúrgicamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Ha padecido o padece, de alguna enfermedad? (al corazón, a los riñones, cáncer, diabetes, obesidad, hipertensión, cirrosis hepática, alcoholismo, hemiplejia, sida u otra).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ha estado, o está, en tratamiento por alguna de las enfermedades detalladas en el N°3?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

“LA SOLICITUD DE INFORMACIÓN, NO RIGE NI APLICA EN NINGÚN CASO, EN LAS PREGUNTAS PRECEDENTES, RESPECTO DE PERSONAS QUE HAYAN SUFRIDO UNA PATOLOGÍA ONCOLÓGICA CUYO TRATAMIENTO RADICAL HAYA FINALIZADO HACE 5 O MÁS AÑOS, SIN RECAÍDA POSTERIOR”

(Continúa al dorso) ↘

Deseo recibir el Certificado de Modificación en:	<input type="checkbox"/> Domicilio	<input type="checkbox"/> Agencia:
--	------------------------------------	-----------------------------------

IMPORTANTE: Adjuntar copia de Cédula de Identidad por ambos lados y Certificado de Nacimiento, en donde se indique el nombre de ambos padres.

Fecha: / /

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