

Fecha Recepción Mutua:
N° OT:
ROL:

SOLICITUD DE MODIFICACIÓN SEGUROS AHORRO E INVERSIÓN



(Mutua Ahorro Seguro)

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

Por la presente, manifiesto mi voluntad expresa de modificar mi seguro _____, póliza N° _____. De acuerdo a lo siguiente:

1. Modificación de Capital.					
Modificación de Capital Asegurado por Fallecimiento					
<input type="checkbox"/> Aumento (Debe completar DPS al dorso)	<input type="checkbox"/> Disminución	De:	U.F.	a:	U.F.
Prima Básica:	U.F.	Prima Excedente:	U.F.	Prima Convenida:	U.F.
El nuevo Capital Asegurado debe encontrarse entre 200 U.F. y 5.000 U.F. permitidas para este seguro, siempre que el Contratante tenga menos de 55 años de edad. En caso contrario, el nuevo Capital Asegurado debe encontrarse entre 200 U.F. y 3.000 U.F. La modificación del capital está sujeta al cumplimiento del Riesgo Asegurable Significativo (RAS), es decir, durante la vigencia de la póliza la relación mínima entre el capital en riesgo y el valor póliza debe ser al menos de un 3%. En caso de que fuese inferior, la Mutua podrá rechazar una reducción o aumento de capital asegurado por fallecimiento.					

2. Modificación de Prima					
Prima Básica:	U.F.	Prima Excedente:	U.F.	Prima Convenida:	U.F.

Nota: La prima básica no puede ser modificada, a menos que se solicite también un cambio en el Capital Asegurado, de acuerdo a lo que se establece en la póliza respectiva. La Prima Convenida no puede ser inferior a la prima básica mensual de su póliza. La modificación de la prima convenida está sujeta al cumplimiento del Riesgo Asegurable Significativo (RAS), es decir, durante la vigencia de la póliza la relación mínima entre el capital en riesgo y el valor póliza debe ser al menos de un 3%. En caso de que fuese inferior, la Mutua podrá rechazar una reducción o aumento de la prima convenida.

Estoy en conocimiento de que el cambio se hará efectivo a contar de la próxima emisión de cobranza, una vez que esta solicitud sea aceptada por la Mutua de Seguros de Chile. En caso de hacer cambio de capital declaro estar en conocimiento de que la prima del seguro se modificará de acuerdo al nuevo capital asegurado a contar de la misma fecha.

3. Datos del Contratante	
Nombre Completo:	Rut:
Dirección:	Ciudad:
Teléfono:	E-mail:

Deseo recibir mi póliza con la modificación en:		
<input type="checkbox"/> E-mail:	<input type="checkbox"/> Sucursal	<input type="checkbox"/> Domicilio

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

Fecha: / /

FIRMA Y HUELLA
CONTRATANTE

FIRMA Y HUELLA
ASEGURADO

FIRMA Y TIMBRE
FUNCIONARIO MUTUAL

(Sólo si es distinto del Contratante)

DECLARACIÓN DE SALUD DEL ASEGURADO/ SOLICITANTE

(Sólo en caso de Aumento de Capital)

Nombre del Asegurado: _____

Rut del Asegurado: _____

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

La solicitud de información que sigue, no rige ni aplica en ningún caso, en las preguntas de la siguiente declaración de salud respecto de personas que hayan sufrido una patología oncológica cuyo tratamiento radical haya finalizado hace 5 o más años, sin recaída posterior.

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

	SI	NO		SI	NO
1. ¿Ha variado su peso por más de 5 Kg. en los últimos 6 meses?			9. ¿Trastornos mentales, convulsiones, parálisis u otra enfermedad nerviosa?		
2. ¿Ha sido Operado Quirúrgicamente?			10. ¿Sordera acentuada, ceguera total o parcial, pérdida de un ojo, catarata o alguna enfermedad de los ojos?		
3. ¿Presenta alguna anomalía de constitución, deformación, amputación o una discapacidad física?			Ha sido diagnosticado o tiene conocimiento de padecer o haber padecido o está en tratamiento de:		
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?			11. ¿Diabetes, intolerancia a la glucosa, resistencia a la insulina, bocio, hipertiroidismo, alteraciones de la hipófisis u otra enfermedad o padecimiento al sistema endocrino metabólico?		
5. ¿Está recibiendo tratamiento médico por alguna enfermedad o dolencia?			12. ¿Hipertensión arterial, angina de pecho, infarto al corazón, alguna enfermedad al corazón o a la aorta?		
6. ¿Ha tenido un resultado anormal de los siguientes exámenes: Radiografía de Tórax, Glicemia, Electrocardiograma u otro?			13. ¿Gota, artritis, artrosis, reumatismo, hernia al núcleo pulposo, lupus, úlceras varicosas, esclerosis, lesiones traumáticas o cualquier otra enfermedad relacionada con las articulaciones o del sistema músculo esquelético?		
7. ¿Ingiere algún medicamento en forma periódica?					
8. ¿Cómo considera su estado de salud actual?	Bueno				
	Regular				
	Deficiente				

14. ¿Asma bronquial, bronquitis crónica, enfisema pulmonar, sombra al pulmón u otra enfermedad al pulmón?		
15. ¿Cirrosis, úlcera al estómago, diarrea por más de un mes?		
16. ¿Nefritis, cálculo en el riñón, o cualquier enfermedad de la vejiga, próstata, riñón o vías urinarias, presencia de albúmina, azúcar o sangre en la orina?		
17. ¿Enfermedad u operación a los genitales (ovarios, útero, testículos, próstata) o a los senos?		
18. ¿Enfermedad de transmisión sexual, tales como: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Sífilis, Enfermedades relacionadas al SIDA u otras relacionadas?		
19. ¿Algún trastorno, síntoma, enfermedad o lesión grave, que no haya sido mencionada en las preguntas anteriores?		
20. En caso de sexo femenino, ¿se encuentra embarazada? Indique N° de semanas de embarazo <input type="text"/>		
21. ¿Es Jubilado? ¿Jubiló por razones médicas?		

Hábitos Personales		
22. ¿Consume o ha consumido drogas o estupefacientes de manera ocasional o permanente?		
23. ¿Ha sido sometido a tratamiento médico debido al consumo de drogas o estupefacientes?		

	SI	NO
24. ¿Ingieres o ha ingerido bebidas alcohólicas?		
Diariamente		
Semanalmente		
Ocasionalmente		
25. ¿Tiene algún seguro de vida vigente?		
25.1 ¿Hace cuanto tiempo lo posee?: ____ año		
25.2 ¿En qué Compañía? _____		
25.3 ¿Fue aceptado con algún tipo de recargo o aplazado?		
Antecedentes de Oficio o Profesión y Deporte o Actividad Riesgosa.		
26. ¿Ha sido rechazado al contratar algún Seguro de Vida?		
27. ¿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, mineros, 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?		
28. ¿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? (En caso de contestar afirmativamente llenar cuestionario de riesgo)		
29. ¿Hace uso de motocicleta, motoneta, moto furgón u otro tipo de vehículo motorizado de similares características, para paseo, ir al trabajo, deporte u otra actividad, ya sea en calidad de conductor o pasajero? (En caso de contestar afirmativamente llenar cuestionario de riesgo).		

Declaración:

Declaro que todos los datos e informaciones sobre el estado de salud del asegurado son correctos y verídicos y entiendo que éstos servirán para el análisis y aprobación de la presente solicitud de aumento de Capital Asegurado.

Acepto además que, si la Mutua de Seguros de Chile lo estima necesario, conforme a la declaración de salud precedente, solicite informes de antecedentes patológicos en conformidad a la Ley, dispensando a sus médicos de cualquiera prohibición que sobre el particular exista, aún después de ocurrir mi fallecimiento.

La póliza no se entenderá modificada sin una declaración expresa en tal sentido, formulada por el Asegurador mediante el instrumento respectivo.

Declaro que la veracidad de la información entregada en el presente formulario, en sus documentos anexos o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales del contrato de seguro cuya modificación se solicita.

Cualquier reticencia, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos del asegurado, que pudiere influir en la apreciación del riesgo, o de cualquier circunstancia que, conocida por la compañía aseguradora, hubiere podido retraerla de la realización de este trámite de aumento de capital de la póliza o producir alguna modificación sustancial en sus condiciones, faculta a la Mutua de Seguros de Chile para poner término anticipado al contrato o rechazar el pago de la indemnización reclamada.

En tal sentido, acepto desde ya que si se comprobare que ha habido ocultación de antecedentes o fueren inexactos los datos proporcionados por el asegurado, se ponga término anticipado al seguro del cual este trámite se refiere, en la forma ya señalada.

Fecha: / /

FIRMA Y HUELLA DEL ASEGURADO TITULAR