

FICHA DE INCORPORACION

POLIZA Nº	Nº
-----------	----

NOMBRE CONTRATANTE	
	RUT

DATOS DEL ASEGURADO			
Nombre / Apellido Paterno / Apellido Materno	Fecha de Nac.	RUT	
Domicilio Particular	Comuna	Ciudad	Teléfono
Actividad	Correo Electronico		Vigencia Inicial

NOMBRE DE LA COBERTURA	CAPITAL UF
FALLECIMIENTO	
INVALIDEZ TOTAL PERMANENTE 2/3	

DECLARACION PERSONAL DE SALUD

(Contestar de Puño y Letra)

1.- ¿Practica usted algún deporte o actividad riesgosa? _____ SI NO

ATIVIDADES PELIGROSAS Piloto o tripulante de aviones y helicópteros civiles, trabajos subterráneos, trabajos en altura sin las medidas de seguridad obligatorias, porte de arma, uso y manejo de explosivos, transporte y o manejo de sustancias peligrosas, Trabajos de Geólogo, Electricidad de alta tensión.

DEPORTES RIESGOSOS Alas Delta, Parapente, Paracaidista, Montañismo, Bungee (Bengy), Canopi, Buceo, Carreras de Caballo, Automovilísticas y Lancha, manejo de Motonáutica y Moto de esquí, Motociclismo cualquier sea como piloto o pasajero

2.- Peso _____ Estatura _____

3.- Usted Fuma En caso afirmativo indicar cantidad diaria que fuma _____ SI NO

4.- ¿Tiene usted conocimiento de que padece o ha sido diagnosticado de alguna de las siguientes enfermedades? SI NO

Diabetes, Enfermedad al Riñón, Enfermedades Cardíacas, Hipertensión Arterial, Enfermedades Coronarias o Soplos Cardíacos, Arritmias, Sobrepeso u Obesidad, Enfermedades del Pulmón, Cáncer, Hepatitis (excepto la A), Enfermedades Gastrointestinales como Cirrosis Hepática, Ulceras Gástricas, Colitis ulcerosas; Enfermedades Hematológicas como Leucemia, Linfoma o Anemia (Excepto por falta de Hierro); Desordenes Nerviosos o Mentales, Sida (VIH Positivo), enfermedades Neurológicas como Accidentes Vasculares Cerebrales, Epilepsia o Enfermedad de Alzheimer?

Por medio del presente, declaro que a la fecha no tengo conocimiento de diagnóstico de alguna de las enfermedades antes mencionadas. Entiendo y Conuerdo que ninguno de los beneficios de este seguro operará si la causa del fallecimiento o diagnostico de la Enfermedad fuese preexistente a la fecha de la suscripción de esta propuesta. Así mismo autorizo a Mapfre Seguros de Vida S.A., a solicitar a cualquier médico, hospital, clínica u otra Institución, información sobre mi estado de salud y de mis dependientes.

Tampoco estoy siendo sometido a estudios médicos que tengan como objetivo detectar alguna patología.

(* En caso de estar en conocimiento de diagnóstico de alguna enfermedad, debe indicar los antecedentes complementarios que expliquen con mas detalle (Enfermedad, Causa, Fecha de Diagnostico, Estado Actual, Tratamiento, Exámenes realizados, Resultados de estos, Etc.)

DETALLE HIJOS ASEGURADOS			
NOMBRE	RUT	FECHA NACIMIENTO	CURSO

El llenado de este formulario no debe ser enmendado. Firma del Asegurado Titular

CON LA EMISION DE LA PRESENTE PROPUESTA, NO SE OBTIENE COBERTURA ALGUNA AL RIESGO QUE SE PROCURA ASEGURAR. LA COBERTURA COMIENZA A REGIR ÚNICAMENTE A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE ESTA PROPUESTA SEA ACEPTADA POR EL ASEGURADOR Y SE INICIE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

VºBº Agente	VºBº EVALUACIÓN	VºBº EMISIÓN