

# SOLICITUD DE INCORPORACIÓN SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SALUD



**IMPORTANTE:** Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguros colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el CONTRATANTE, directamente con la compañía de seguros.

Fecha Recepción Compañía: \_\_\_\_\_

CONTRATANTE	R.U.T.	PÓLIZA	GRUPO

## I. ASEGURABLE TITULAR

R.U.T.	Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	ISAPRE		Actividad	
Dirección Particular			Nº	Depto.	Sector / Población / Villa	
Comuna		Cuidad	Teléfono		Dirección E-mail	
Peso (kg)	Estatura (Mts.)	Cuenta <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Vista	Nº		Banco	
Fecha Vigencia			Fecha Ingreso a Empresa		Capital UF	Renta

## II. ASEGURABLES ADICIONALES PARA EL SEGURO DE SALUD

Nombres (Apellidos y Nombres)	R.U.T.	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación / Parentesco	ISAPRE	Peso (Kg.)	Estatura (Mts.)

## III. BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

Nombres (Apellidos y Nombres)	R.U.T.	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación / Parentesco	% de Beneficiario	Dirección / Correo electrónico

## IV. DECLARACIÓN DE SALUD (debe ser llenado de puño y letra del asegurable titular)

¿Ha sido usted o algunos de los asegurables adicionales propuestos diagnosticado por un médico o ha estado en tratamiento u hospitalizado o tiene conocimiento de padecer o haber padecido alguna de las siguientes enfermedades o situaciones?:

Hipertensión Arterial (HTA), Enfermedad Coronaria, Miocardiopatía, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Cardíaca, Arritmia Cardíaca, Valvulopatía Cardíaca Aneurisma, Hipertensión Pulmonar, Insuficiencia Venosa (ejemplo várices), Enfermedad obstructiva de arterias periféricas, Estenosis u Oclusión de las Arterias Coronarias, Enfermedad Obstructiva Crónica, Asma, Fibrosis Pulmonar, Tuberculosis, Bronquiectasia, Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal Crónica, Nefropatía Hipertensiva, Glomerulopatías, Cirrosis Hepática, Daño Hepático Crónico, Hepatitis Crónica, Pancreatitis Crónica, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Síndrome Ulceroso Gastroduodenal, Accidente Vascular Encefálico, Hemiplejía, Hemiparesia, Epilepsia, Parkinson, TEC Secueledado, Neuropatía, Periférica, Bocio, Tumor Cerebral, Pólipos Intestinales, Adenoma Prostático, Histiocitosis, Hemofilia, Anemia Severa, Alzheimer, Encefalopatía Crónica, Secuela Traumática a la Columna, Discopatía de Columna, Hernias de Columna, Estenorraquis, Espóniloartrosis, Artritis, Lupus Eritematoso, Esclerosis Múltiple, Artrosis, Tendinopatía, Fibromialgia, Parálisis Permanente, Distrofia Muscular, Cataratas, Glaucoma, Retinopatía, Maculopatía, Alta Miopía, Hipoacusia, Neurocirugía, Injerto Aórtico, Revascularización Coronaria, Cirugía de Válvulas Cardíacas, Trasplante de Organos Mayores, Angioplastia por Balón, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

En caso que usted o alguno de los asegurables adicionales propuestos padezca, haya padecido, le haya sido diagnosticada, o esté en conocimiento de haber padecido o padecer actualmente algunas de las enfermedades o situaciones antes enunciadas, deberá especificar a continuación, en el siguiente cuadro especialmente destinado al efecto, los siguientes datos:

Nombre Asegurable	Enfermedad o Diagnóstico	Fecha Diagnóstico	Condición Actual de Salud	Tratamientos	Otros Antecedentes o Deportes Riesgosos

Entiendo y concuerdo que cualquier omisión o reticencia, declaración falsa, errónea o inexacta relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos, de alguno de los asegurables propuestos, que pudiere influir en la apreciación del riesgo, faculta a la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada. Asimismo autoriza a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. para solicitar a cualquier médico, hospital, clínica u otra institución información sobre el estado de salud de alguno de los asegurables propuestos. Finalmente, declaro que ninguno de los asegurables propuestos ha sido rechazado como asegurado por alguna compañía aseguradora de vida durante los últimos 24 meses.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurable Titular

## IV. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Por este acto, y según lo dispuesto en la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones, autorizo expresamente a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. para que haga tratamiento, almacene, transmita y comunice mis datos personales y la información que le he proporcionado voluntariamente, a su matriz, filiales, sociedades coligadas, empresas relacionadas, sociedades del Grupo Empresarial al que pertenece y terceros prestadores de servicios, estén ubicados dentro o fuera de Chile, con el propósito de que tanto MetLife Chile Seguros de Vida S.A. como dichas entidades i) me contacten y pongan a mi disposición, en la forma que estimen pertinente, la más completa información y oferta de sus productos y servicios; ii) procedan al almacenamiento y tratamiento de mis datos personales y de mi información personal para los objetivos del cumplimiento de este Contrato de Seguro; y iii) hagan efectivos el o los convenios que pudieren estar asociados a los seguros que he contratado.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurable Titular

## CONSENTIMIENTO USO CANALES REMOTOS

Por este acto, autorizo expresamente a que cualquier información, comunicación, declaración o notificación que deba efectuar MetLife Chile Seguros de Vida S.A. en virtud del presente contrato de seguros sea realizada a través de correo electrónico o de cualquier sistema de transmisión o registro digital de la palabra escrita o verbal o por cualquier otro medio de comunicación fehaciente. El asegurado declara que conoce, acepta y concuerda que cualquier transacción que se realice en el sitio [www.metlife.cl](http://www.metlife.cl) con su rut y clave personal, se entenderá y se reputará, para todos los efectos legales, como realizada por él mismo. En tal sentido, el asegurado se hace entera y totalmente responsable del uso y seguridad de su clave, no cabiéndole a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. ninguna responsabilidad por el uso indebido de la misma por un tercero distinto del asegurado.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurable Titular

## V. AUTORIZACIÓN DE LA INCORPORACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA

## VI. APROBACIÓN COMPAÑÍA ASEGURADORA

Fecha: ____ / ____ / ____	_____ Firma Asegurable	_____ Firma y Timbre Representante MetLife Chile Seguros de Vida
---------------------------	---------------------------	---

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo propuesto o bien establecer restricciones o limitaciones especiales a la cobertura. En caso de establecerse alguna restricción o limitación de cobertura, ésta deberá constar en una declaración especial que debe ser firmada por el asegurable. En estos casos, la vigencia de la cobertura individual de este seguro sólo comenzará a regir una vez que la Compañía Aseguradora haya aceptado el riesgo y el asegurable haya firmado la declaración especial antes indicada. La declaración especial indicada en el párrafo precedente no será necesaria para aquellos seguros en los cuales el pago de la prima sea íntegramente cubierto por la empresa contratante, pudiendo igualmente la Compañía Aseguradora establecer restricciones o limitaciones de cobertura para el asegurado. Las Condiciones Generales de la póliza con el detalle de las exclusiones del seguro se encuentran incorporadas al depósito de las pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo los códigos POL 2 2013 0163 para la cobertura de vida y POL 3 2013 0223, para la cobertura de Salud.