

tipo de movimiento

Inclusión Exclusión Modificación

solicitud de seguro colectivo

antecedentes contratante

razón social de la empresa contratante	rut:
capital asegurable (seguro vida)	fecha que se solicita dar vigencia

antecedentes del asegurado titular

Apellido Paterno, Apellido Materno, Nombre(s)	rut:
---	------

Domicilio Particular	Comuna	Ciudad	Teléfono
----------------------	--------	--------	----------

Fecha de Nacimiento	Estado Civil	Fecha contrato en Empresa Contratante
	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo	

Actividad (Breve descripción)	Deporte que practica
En su empresa	
Fuera de su empresa	

Beneficiario seguro de vida

Al designar mas de un beneficiario, se debe indicar el porcentaje (%) que corresponde a cada uno, de lo contrario la compañía asume el beneficio en partes iguales.

Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombres	rut	Parentesco	Fecha Nacimiento	Sexo M-F	%

Antecedentes del grupo familiar con seguro de vida, salud o protección familiar u otro

Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombres	rut	Parentesco	Sexo M-F	Fecha Nacimiento

Declaración simple:

- declaro estar en buenas condiciones de salud y que no padezco ni he padecido ninguna de las siguientes enfermedades: Diabetes, cancer o tumores de cualquier naturaleza, trastornos mentales o del sistema nervioso, enfermedades cardiovasculares y/o hipertensión, broncopulmonares, genitourinarias, renales, gastrointestinales, de transmisión sexual (venereas o sida) o de cualquiera otra enfermedad no mencionada. (En caso contrario detallar en "Declaración de Preexistencia").

Declaración de preexistencias

Preexistencia: Se entiende por preexistente cualquier enfermedad o Accidente conocida y diagnosticada con anterioridad a la fecha de llenado de este formulario o embarazo en camino cuya concepción sea anterior a esta fecha.

Nombre del Asegurado Titular o dependiente	Descripción de la Enfermedad / Embarazo o Accidente	Fecha Diagnóstico	CIE	Tipo Restricción

- Confirmando la exactitud y veracidad de las declaraciones arriba expresadas y que nada he ocultado, omitido o disimulado y autorizo a la Compañía a solicitar todos aquellos antecedentes que de una u otra forma le permitan realizar una mejor evaluación de esta Solicitud de Seguro.
- Solicito la inscripción al seguro colectivo y autorizo me sea deducido de mi sueldo, si fuera el caso, la suma que correspondiera por concepto de "Prima de Seguro"

Firma y Timbre Empleador Firma Asegurado Titular
 Fecha llegada de Solicitud

Esta declaración no otorga cobertura sino hasta haber sido evaluada y aceptada por parte de la compañía.

Evaluación y Resolución Médica (uso compañía)	Capital asegurado u.f.
	Vigencia inicial
	Vigencia final

I. Industrial VMP-0545

Firma y Timbre compañía Santiago de de

