

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN SEGURO COLECTIVO DE SALUD

MetLife®

Fecha Recepción Compañía:

--	--	--

EMPRESA CONTRATANTE	R.U.T.	N° PÓLIZA

I. ASEGURADO – TITULAR

R.U.T.	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres			
Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Estado Civil	Inst. de Salud Previsional	Actividad		
Peso	Estatura	Fecha de ingreso a la empresa	Capital UF	Renta	Cuenta Corriente	Banco
E-mail						

II. ASEGURADOS ADICIONALES PARA EL SEGURO DE SALUD

Nombres (Apellidos y Nombres)	R.U.T.	Relación / Parentesco	Fecha de Nacimiento	Inst. Salud Previsional

III. DECLARACIÓN DE SALUD

Por la presente declaro que a mi mejor conocimiento, información y entender, ninguna de las personas propuestas para el seguro en esta solicitud padece o le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades: Diabetes, Enfermedades al Riñón, Enfermedades Cardíacas, Hipertensión Arterial, Enfermedades Coronarias y Soplos Cardíacos, Arritmias, Obesidad con un IMC > 35 (Peso/Estatura²), Enfermedades del Pulmón, Cáncer, Hepatitis (excepto la A), Enfermedades Gastrointestinales como Cirrosis Hepática, Úlcera Gástrica, Colitis Ulcerosa, Enfermedades Hematológicas como Leucemia, Linfoma, Anemia (excepto por falta de hierro); Desórdenes nerviosos o mentales, SIDA, Enfermedades Neurológicas como Accidentes Vasculares Cerebrales, Epilepsia y Enfermedad de Alzheimer.

Entiendo y concuerdo que ninguno de los beneficios de este seguro operará si la causa de los gastos médicos fuese por una enfermedad preexistente a la fecha de suscripción de la póliza. Asimismo, autorizo a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. a solicitar a cualquier médico, hospital, clínica u otra institución, información sobre mi estado de salud o el estado de salud de las personas propuestas para el seguro.

Finalmente, declaro que ninguno de los propuestos asegurados de esta solicitud ha sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora de Vida durante los últimos 24 meses.

En caso de estar en conocimiento de alguna enfermedad, mencionada o no en el párrafo anterior, favor de especificar a continuación: diagnóstico, fecha de diagnóstico/tratamiento, duración del tratamiento y secuelas o consecuencias del mismo, médico tratante/establecimiento, etc.

Fecha de Declaración

FIRMA ASEGURADO 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, doy mi consentimiento y autorización expresa para que MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y sus representantes, sucesores o cesionarios puedan proceder a la transmisión o transferencia de todos o parte de los datos personales e información que declaro haber entregado voluntariamente a su disposición, a cualesquiera terceros prestadores de servicios que estuvieren ubicados dentro o fuera de Chile, para efectos de poder hacer efectivo el (los) beneficio (s) que pueden estar asociados al seguro contratado, así como para efectos de almacenamiento de la información.

Fecha de Consentimiento

FIRMA ASEGURADO TITULAR

V. EVALUACIÓN MÉDICA

Observaciones

Día / Mes / Año

VI. APROBACIÓN COMPAÑÍA ASEGURADORA

Firma y timbre del Representante MetLife Chile Seguros de Vida S.A.

VII. AUTORIZACIÓN DE LA INCORPORACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA

Día / Mes / Año

Firma del Representante Contratante

Las condiciones Generales del Seguro se encuentran incorporadas al depósito de las pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el Código POL 292030.