

Mutuo

 Leasing

TIPO DE INCORPORACIÓN (Marque con un X)
 Solicitud Inicial Asegurable

 Ingreso Nuevo Asegurado

 Actualización de Datos

I. EMPRESA CONTRATANTE

| | |
|---------|------|
| Nombre: | Rut: |
|---------|------|

| | |
|------------|--|
| N° Póliza: | |
|------------|--|

II. ASEGURABLE TITULAR

| | | |
|-----|------------------|------------------|
| Rut | Apellido Paterno | Apellido Materno |
|-----|------------------|------------------|

| | | |
|----------|------------------|---|
| Nombres: | Fecha Nacimiento | Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
|----------|------------------|---|

| | | |
|--------------|----------------------|--------------------------------------|
| Estado Civil | Institución de Salud | Descripción de su Actividad Laboral: |
|--------------|----------------------|--------------------------------------|

| | | | |
|----------------------|----|--------|--------------|
| Dirección Particular | N° | Depto. | Sector/Villa |
|----------------------|----|--------|--------------|

| | | |
|--------|--------|---|
| Comuna | Ciudad | Telefono Celular Telefono Particular |
|--------|--------|---|

| | | |
|-------|------------|-----------------|
| Email | Peso (kg.) | Estatura (mts.) |
|-------|------------|-----------------|

| | | |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Fecha Ingreso a la empresa | Renta Bruta Mensual (\$) | Capital Solicitado (UF) |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------|

III. BENEFICIARIOS (en caso de fallecimiento del Asegurado Titular).

| |
|--|
| Corresponde a entidad crediticia que otorga el crédito |
|--|

IV. DECLARACION DE SALUD DEL EMPLEADO - TITULAR

1.- Usted ha sido diagnosticado o tiene conocimiento de padecer o se encuentra en tratamiento o proceso de estudio por alguna de las siguientes enfermedades?

- | | | | |
|--|---|----------------------------------|---|
| LISTADO (CÓDIGO) | 9. Enfermedades Renales | 18. Enfermedades Musculares | 27. Enfermedades de la Nariz |
| 1. Tumores | 10. Enfermedades Sistema Genitourinario | 19. Enfermedades de la Piel | 28. Enfermedades de la Boca |
| 2. Cáncer | 11. Enfermedades Sistema Endocrino | 20. Enfermedades Reumatológicas | 29. Enfermedades de la Garganta |
| 3. Enfermedades Cerebro Vasculares | 12. Enfermedades Nutricionales | 21. Enfermedades de la Sangre | 30. Enfermedades de los Ojos |
| 4. Enfermedades Sistema Respiratorio | 13. Enfermedades Metabólicas | 22. Enfermedades de los Ganglios | 31. Enfermedades Sistema Óseo |
| 5. Enfermedades Sistema Cardiovascular | 14. Enfermedades Sistema Nervioso | 23. Enfermedades Linfáticas | 32. Obesidad Mórbida |
| 6. Enfermedades del Corazón | 15. Enfermedades Infecciosas | 24. Enfermedades Mentales | 33. Embarazo |
| 7. Enfermedades Sistema Circulatorio | 16. Enfermedades Parasitarias | 25. Enfermedades Siquiátricas | 34. Licencias Médicas Reiteradas o mayor a 1 mes |
| 8. Enfermedades Sistema Digestivo | 17. Enfermedades de las Articulaciones | 26. Enfermedades del Oído | |

En caso de respuesta afirmativa, especificar a continuación en el siguiente recuadro

| Cód. | Enfermedad | Fecha de Diagnóstico o Conocimiento enfermedad | Estado Actual |
|------|------------|--|---------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

(Si no declara ninguna enfermedad o dolencia, favor tarjar con una línea en tabla anterior)

1.- Practica usted en forma habitual o esporádica alguno se los siguientes deportes y/o actividades detalladas en el siguiente listado?

- | | | |
|---------------------------|---|--|
| 1. Alpinismo | 9. Faenas Forestales | 17. Bombero |
| 2. Rally | 10. Faenas Mineras | 18. Guardias de Seguridad |
| 3. Buceo | 11. Transporte de Valores | 19. Inmersión submarina |
| 4. Alas Deltas | 12. Automovilismo y afines | 20. Manejo de explosivos |
| 5. Parapente | 13. Deportes de Nieve | 21. Faenadores de animales |
| 6. Jeep Funrace | 14. Motociclismo y afines | 22. Deportes ecuestres |
| 7. Faenas Pesqueras | 15. Deportes Acuáticos | 23. Fuerzas armadas, de orden y seguridad. |
| 8. Deportista Profesional | 16. Trabajos en altura o líneas de alta tensión | |

En caso de respuesta afirmativa, especificar a continuación en el siguiente recuadro

| Deporte y/o Actividad | Frecuencia |
|-----------------------|------------|
| | |
| | |
| | |

(Si no declara ninguna enfermedad o dolencia, favor tarjar con una línea en tabla anterior)

Entiendo y concuerdo que cualquier omisión o reticencia, declaración falsa, errónea o inexacta relativa a mi estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos, que pudiere influir en la apreciación del riesgo, faculta la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada. Asimismo y en conformidad a la normativa legal vigente, y en especial para efectos de lo dispuesto a la ley n° 19.628, autorizo a Penta Vida, para solicitar a cualquier médico, hospital, clínica u otra institución información sobre mi estado de salud. Asimismo autorizo al Asegurador para que haga uso de los datos de carácter personal informados por mi en este documento, inclusive cuando estos califiquen como sensible, para hacer efectivo los beneficios que se contratan mediante este seguro.

Mediante la presente propuesta solicito ser incorporado a la póliza colectiva cuyos términos y condiciones declaro conocer previo a mi firma. Confirmando la exactitud y veracidad de la información contenida en este documento. Declaro expresamente estar en conocimiento que la presentación de esta solicitud no otorga cobertura sino hasta haber sido evaluada y aceptada por la compañía de seguros.

Firma Solicitud, Declaración de Salud y Aceptación Especial Asegurado

Fecha Declaración (dia/mes/año)

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

Evaluación y Resolución Médica (uso Compañía)

Firma y Timbre Contratante