



**SOLICITUD DE INCORPORACION O  
MODIFICACION SEGURO COLECTIVO**

- Incorporación  
 Modificación

Tipo de Seguro (marcar según corresponda)		
<input type="checkbox"/> Salud Complementario N° Póliza:	<input type="checkbox"/> Vida N° Póliza:	<input type="checkbox"/> Catastrófico N° Póliza:
Empresa Contratante		R.U.T.
		-

**ASEGURADO - TITULAR**

R.U.T.	Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres	
-						
Fecha de Nacimiento	Sexo	Estado Civil	Institución de Salud	Actividad	Fono	Celular
/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Dirección de Contacto		Comuna	Ciudad	Correo Electrónico		

**BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA** (en caso de Fallecimiento del Asegurado Titular). Se recomienda designar mayores de edad. Si necesita espacio adicional, favor adjuntar hoja anexo con nombre, rut, fecha y firmas.

R.U.T.	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombres	Parentesco	Fecha Nacimiento	% del Capital
-			/ /	%
-			/ /	%
-			/ /	%
-			/ /	%
				Total debe sumar 100%

**DATOS BANCARIOS PARA DEPÓSITOS DE REEMBOLSOS**, sólo Seguro de Salud del Titular Asegurado. Si no indica forma de depósito, la liquidación de reembolso se efectuará por el medio que la compañía aseguradora defina.

Tipo de Cuenta	N° de Cuenta Bancaria	Banco
<input type="checkbox"/> Ahorro <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Vista		

**GRUPO FAMILIAR SEGURO DE SALUD (CÓNYUGE E HIJOS)**

R.U.T.	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombres	Parentesco	Fecha Nacimiento	Sexo	Estado Civil
-			/ /		
-			/ /		
-			/ /		
-			/ /		
-			/ /		
-			/ /		

**DECLARACIÓN DE SALUD DEL EMPLEADO - TITULAR**

1. Si Ud. o alguien de su grupo familiar, padece, o ha padecido de alguna enfermedad conocida o diagnosticada, está embarazada, o actualmente se encuentra sometido a un estudio diagnóstico, favor indicar:

Nombre	Enfermedad	Fecha Diagnóstico	Estado actual
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

2. En caso de no completar en el punto anterior- "Declaro en mi nombre y en el de las personas incorporadas, que:  
A) Estoy en conocimiento de que ni yo, ni mis dependientes padecemos ni hemos padecido ninguna enfermedad que haya sido diagnosticada o esté en proceso de diagnóstico con anterioridad a esta fecha.  
B) Que ninguna de las mujeres que han sido incorporadas, ya sean titular o beneficiarias están embarazadas. De comprobarse médicamente que cualquier situación comprendida en los puntos A y B, estaba en conocimiento mío o de cualquiera de mis beneficiarios, la Compañía se reserva el derecho de no reembolsar ningún gasto, por este concepto. Quien suscribe, acepta someterse a si mismo(a) y a las demás personas incorporadas, a la evaluación médica que la Compañía estime, con el objetivo de verificar las condiciones de salud antes declaradas.

Firma Asegurado Titular

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Día Mes Año

**DECLARACIÓN DEL EMPLEADOR**

El empleador firmante certifica que el empleado titular solicitante se encuentra, a la fecha, en servicio activo concurriendo en forma normal a su trabajo, y que ha sido informado de las condiciones generales y particulares de la póliza.  
La vigencia de la cobertura para el asegurado, comenzaría una vez que la compañía acepte el riesgo propuesto y proceda a emitir el certificado de la cobertura correspondiente.

Fecha de Ingreso a la Empresa

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Día Mes Año

Fecha de Vigencia Inicial en la Póliza

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Día Mes Año

Firma y Timbre Empleador

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Día Mes Año

**Información del Capital Asegurado Inicial:** Capital Fijo (UF):

Renta (\$):

**USO EUROAMERICA**