

**SOLICITUD DE INCORPORACION
SEGURO COLECTIVO DE SALUD
POR GRUPO FAMILIAR**



EuroAmerica
m u n d o f i n a n c i e r o

INCORPORACION
MODIFICACION

Nº POLIZA

CODIGO	NOMBRE DEL PLAN
	SEGURO DE SALUD COMPLEMENTARIO

EMPRESA CONTRATANTE

ASEGURADO - TITULAR

R.U.T.	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES			
Fecha de Nacimiento	SEXO <input type="checkbox"/> 1. MASC. <input type="checkbox"/> 2. FEM.	ESTADO CIVIL	INSTITUCION DE SALUD PREVISIONAL	CODIGO	ACTIVIDAD	CODIGO

PAGO DE REEMBOLSOS

<input type="checkbox"/> 1. Cheque	NOMBRE DEL BANCO	<input type="text"/>	Nº DE CUENTA	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 2. Depósito	TIPO DE CUENTA	<input type="text"/>	1.- Ahorro 2.- Corriente 3.- A la vista	

GRUPO FAMILIAR (Cónyuge e Hijos)

R.U.T.	APELLIDO PATERNO / APELLIDO MATERNO / NOMBRES	RELACION PARENTESCO	COD. REL.	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	INSTITUC. SALUD PREV.	COD.

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA	FECHA DE LLENADO DE ESTE FORMULARIO	FECHA DE VIGENCIA INICIAL EN LA PÓLIZA
DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIA <input type="text"/> <input type="text"/> MES <input type="text"/> <input type="text"/> AÑO <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

DECLARACION DE SALUD DEL EMPLEADO - TITULAR

1. Si usted o alguien del Grupo Familiar, padece o ha padecido de alguna enfermedad conocida, diagnosticada, en proceso de diagnóstico o está embarazada; favor indicar:

NOMBRE	ENFERMEDAD	FICHA DIAGNOSTICO	CODIGO

2. En caso de no completar en el punto anterior (1)

" 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

DECLARACION 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:

_____ FIRMA Y TIMBRE EMPLEADOR

EVALUACION MEDICA

EVALUADORA	OBSERVACIONES:
DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	

