

Tipo de Seguro (marcar según corresponda)		
☐ Salud Complementario N° Póliza:	☐ Vida N° Póliza:	☐ 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
/ /	☐ M ☐ 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
☐ Ahorro ☐ Corriente ☐ 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 sí 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, comenzará 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	Firma y Timbre Empleador
	Fecha de Vigencia Inicial en la Póliza / / Día Mes Año	

Información del Capital Asegurado IniciaCapital Fijo (UF):	Renta (\$):

USO EUROAMERICA	

Autorizo a cualquier institución o persona que mantenga registros de salud míos, para que pueda entregar la información solicitada por EuroAmerica Seguros de Vida S.A.. A su vez faculto a ésta última para que solicite o retire copias de tales antecedentes. De acuerdo a la Ley N° 19.628, por este acto faculto expresamente a la Compañía de Seguros a la que estoy solicitando el(los) presente(s) seguro(s), o quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Declaro haber sido informado que estos datos son para el uso exclusivo de la Compañía aseguradora en general todo lo que diga relación con los contratos que celebre con la aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, para estos mismos fines.