

SOLICITUD DE INCORPORACION O MODIFICACION SEGURO COLECTIVO

Incorporación	
Modificación	

mundo imanciero				,,			OLLCIII						
Tipo de Seguro	(marcar segú	in corresponda)										
☐ Salud Complementario Nº Póliza: ☐ Vida Nº Póliza:								Cata	☐ Catastrófico Nº Póliza:				
Empresa Contratante								R.U.T.					
												-	
ASEGURADO - TITU	JLAR								'				
R.U.T. Apellido Paterno			erno	Apellido Materno Nombro					:S				
-			The state of the s										
Fecha de Nacimiento Sexo E		Estado Civil Institución de			n de S	Salud Actividad		ıd	Fono			Celular	
/ /					40 0	710111000				1. 0.10		Coluidi	
									Carra Flactránica				
Dirección de Contacto			Comuna Ciudad						Correo Electrónico				
BENEFICIARIOS SE adicional, favor adjur	GURO DE VI	IDA (en caso d	le Fallecimien	ito c	del Asegura	do Titu	ular). Se re	comiend	a designa	r mayore	s de e	dad. Si	necesita espaci
R.U.T.							Para	ntocoo	Fooh	a Nacimi	onto		% del Capital
N.U.I.	Apelliu	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre					es Parentesco				CIILO	% del Capital	
_									1	1			%
_												%	
_									1	1			%
									,	,		Total de	ebe sumar 100%
DATOS BANCARIOS	S PARA DEP	ÓSITOS DE RE	EMBOLSOS	. sć	olo Seguro d	le Salı	ud del Titul	ar Asegui	ado. Si no	indica fo	orma d		
de reembolso se efec	ctuará por el i	medio que la co	ompañía aseg	gura	idora defina	۱.							,
Tipo de Cuenta	Tipo de Cuenta Nº de Cuenta Bancaria								Banco				
Ahorro	Corriente	☐ Vista											
GRUPO FAMILIAR S	SEGURO DE	SALUD (CÓN	IYUGE E HIJO	OS)									
R.U.T.	Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombres Parente							ntesco	Fecha Nacimiento Se			Sexo	Estado Civil
-		, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,							1 1				
-									1	/			
-									1	/			
-									/	/			
-									1	/			
-		= 101=100							1	/			
DECLARACIÓN DE	SALUD DEL	_ EMPLEADO iar nadece o ha	- ITTULAK Lnadecido de a	laur	na enfermeda	ad con	ncida o diac	nosticada	está emh	arazada (n actua	lmente s	se encuentra
1. Si Ud. o alguien de sometido a un estudio	diagnóstico, fa	avor indicar:				20 0011		J1100t10ddd	, cota cirib	uruzuuu, 1	o doldo		oc chodentia
Nombre	Nombre				Enfermedad					Fecha Diagnóstico		óstico	Estado actual
										/	/		
										/	/		
										/			
2 En caso de no como	oletar en el nun	to anterior- "Decla	aro en mi nombi	ro v	en el de las r	nersons	as incornora	yas una.		/	/		
A) Estoy en conocimien	to de que ni yo	, ni mis dependiei	ntes padecemos	s ni h	nemos padeci	do ning	guna enferm	edad edad	Firma A	segurad	o Titul	ar	
B) Que ninguna de las r	nujeres que ha	n sido incorporad	agnosiico con al as, ya sean titul	ar o	beneficiarias	están e	embarazaḍa	ș. De					
comprobarse médica	aménte que cua nis beneficiarios	alquier situación c s la Compañía se	omprendida en reserva el dere	los į	puntos A y B, de no reembo	estaba olsar ni	en conocim	iento mío					
2. En caso de no completar en el punto anterior- "Declaro en mi nombre y en el de las personas A) Estoy en conocimiento de que ni yo, ni mis dependientes padecemos ni hemos padecido ningur que haya sido diagnosticada o este 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 em comprobarse médicamente que cualquier situación comprendida en los puntos A y B, estaba er o de cualquiera de mis beneficiarios, la Compañía se reserva el derecho de no reembolsar ning concepto. Quien suscribe, acepta someterse a si mismo(a) y a las demás personas incorporada médica que la Compañía estime, con el objetivo de verificar las condiciones de salud antes dec					idas, a la ev	as, a la evaluación Fecha: _			1		1		
			eniicai ias cono	IICIOI	ies de salud a	antes u	eciaradas.			Dia		Mes	Año
DECLARACIÓN DE	certifica que el	empleado titular		_	1.1				Firmo	Timbro	Emplo	odor	
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					Firma y Timbre Empleador				
sido informado de las condiciones generales y			Día	/									
particulares de la póliza.				Fecha de Vigencia Inicial en la Póliza									
comenzaria una vez que la comenzaria acepte el riesgo			1 00110	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					Fecha:				
propuesto y proceda a emitir el certificado de la cobertura correspondiente.				/ / / Día Mes Año					Fecha: / / / Año				
							R	Renta (\$):					
			. , (· · /				
USO EUROAMER	NICA												

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 Nº 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.

ORIGINAL EUROAMERICA