

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN
SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SALUD



Fecha Recepción Compañía:

EMPRESA CONTRATANTE	R.U.T.	N° PÓLIZA

I. ASEGURADO – TITULAR									
R.U.T.		Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres			
Fecha de Nacimiento		Sexo ☐ Masc. ☐ Fem.		Estado Civil		Inst. de Salud Previsional		Actividad	
Peso	Estatura	Fecha de ingreso a la empresa		Capital UF	Renta	Cuenta Corriente	Banco		
E-mail									

II. BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA				
Nombres (Apellidos y Nombres)	R.U.T.	Fecha de Nacimiento	Porcentaje	Parentesco

III. ASEGURADOS ADICIONALES PARA EL SEGURO DE SALUD				
Nombres (Apellidos y Nombres)	R.U.T.	Relación / Parentesco	Fecha de Nacimiento	Inst. Salud Previsional

IV. DECLARACIÓN DE SALUD	
Por la presente declaro que, a mi mejor conocimiento, información y entender, ninguna de las personas propuestas para el seguro en esta solicitud padece o le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades: Diabetes, Enfermedades al Riñón, Enfermedades Cardíacas, Hipertensión Arterial, Enfermedades Coronarias y Soplos Cardíacos, Arritmias, Obesidad con un IMC > 35 (Peso/Estatura²), Enfermedades del Pulmón, Cáncer, Hepatitis (excepto la A), Enfermedades Gastrointestinales como Cirrosis Hepática, Úlcera Gástrica, Colitis Ulcerosa, Enfermedades Hematológicas como Leucemia, Linfoma, Anemia (excepto por falta de hierro); Desórdenes nerviosos o mentales, SIDA y Enfermedades Neurológicas como Accidentes Vasculares Cerebrales, Epilepsia y Enfermedad de Alzheimer. Entiendo y concuerdo que ninguno de los beneficios de este seguro operará si la causa de muerte o el origen de los gastos médicos fuese una enfermedad preexistente a la fecha de suscripción de la póliza. Asimismo, autorizo a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. a solicitar a cualquier médico, hospital, clínica u otra institución, información sobre mi estado de salud o el estado de las personas propuestas para el seguro. Finalmente, declaro que ninguno de los propuestos asegurados de esta solicitud ha sido rechazado por alguna Compañía Aseguradora de Vida durante los últimos 24 meses. En caso de estar en conocimiento de alguna enfermedad, mencionada o no en el párrafo anterior, favor de especificar a continuación: diagnóstico, fecha de diagnóstico/tratamiento, duración del tratamiento y secuelas o consecuencias del mismo, médico tratante/establecimiento, etc.	
Fecha de Declaración	FIRMA ASEGURADO TITULAR

V. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES	
Por este acto y según lo dispuesto en la ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones, doy mi consentimiento y autorización expresa para que MetLife Chile Seguros de Vida S.A. y sus representantes, sucesores o cesionarios puedan proceder a la transmisión o transferencia de todos o parte de los datos personales e información que declaro haber entregado voluntariamente a su disposición, a cualesquiera terceros prestadores de servicios que estuvieren ubicados dentro o fuera de Chile, para efectos de poder hacer efectivo el (los) beneficio (s) que pueden estar asociados al seguro contratado, así como para efectos de almacenamiento de la información.	
Fecha de Consentimiento	FIRMA ASEGURADO TITULAR

VI. EVALUACIÓN MÉDICA		VII. APROBACIÓN COMPAÑÍA ASEGURADORA	
Observaciones			
Día / Mes / Año		Firma y timbre del Representante MetLife Chile Seguros de Vida S.A.	
VIII. AUTORIZACIÓN DE LA INCORPORACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA			
Día / Mes / Año		Firma del Representante Contratante	

Las condiciones Generales del Seguro se encuentran incorporadas al depósito de las pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el Código POL 2 92 098 y 2 92 030.