

IMPORTANTE

Usted se está incorporando como asegurado a una póliza o contrato de seguros colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el CONTRATANTE, directamente con la compañía de seguros.

Fecha Recepción Compañía

--	--	--

EMPRESA CONTRATANTE	R.U.T	PÓLIZA

I. ASEGURABLE TITULAR

R.U.T	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
Fecha de Nacimiento	Sexo — Masc. — Fem.	Estado Civil	ISAPRE
Dirección Particular		N°	Dpto.
Comuna		Ciudad	Sector / Población / Villa
Teléfono Particular		Teléfono Comercial	
Teléfono Celular			
Peso (kg)	Estatura (Mts.)	Fecha Ingreso a Empresa	Capital UF
Renta	Cuenta Corriente	Banco	Dirección E-mail

II. BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

Nombres (Apellidos y Nombres)	RUT	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación/Parentesco	% de Beneficiario

III. DECLARACIÓN DE SALUD (debe ser llenado de puño y letra del asegurable titular)

¿Ha sido usted o algunos de los asegurables adicionales propuestos diagnosticado por un médico o ha estado en tratamiento u hospitalizado o tiene conocimiento de padecer o haber padecido alguna de las siguientes enfermedades o situaciones? :
 Hipertensión Arterial (HTA), Enfermedad Coronaria, Miocardiopatía, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Cardíaca, Arritmia Cardíaca, Valvulopatía Cardíaca, Aneurisma, Hipertensión Pulmonar, Insuficiencia Venosa (ejemplo várices), Enfermedad obstructiva de arterias periféricas, Estenosis u Oclusión de las Arterias Coronarias, Enfermedad Obstructiva Crónica, Asma, Fibrosis Pulmonar, Tuberculosis, Bronquiectasia, Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal Crónica, Nefropatía Hipertensiva, Glomerulopatías, Cirrosis Hepática, Daño Hepático Crónico, Hepatitis Crónica, Pancreatitis Crónica, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Síndrome Ulceroso Gastrointestinal, Accidente Vascular Encefálico, Hemiplejía, Hemiparesia, Epilepsia, Parkinson, TEC Secueledado, Neuropatía Periférica, Bocio, Tumor Cerebral, Pólipos Intestinales, Adenoma Prostático, Histiocitosis, Hemofilia, Anemia Severa, Alzheimer, Encefalopatía Crónica, Secuela Traumática a la Columna, Discopatía de Columna, Hernias de Columna, Estenorraquis, Espóniloartrosis, Artritis, Lupus Eritematoso, Esclerosis Múltiple, Artrosis, Tendinopatía, Fibromialgia, Parálisis Permanente, Distrofia Muscular, Cataratas, Glaucoma, Retinopatía, Maculopatía, Alta Miopía, Hipoacusia, Neurocirugía, Injerto Aórtico, Revascularización Coronaria, Cirugía Válvulas Cardíacas, Trasplante de Órganos Mayores, Angioplastia por Balón, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

En caso que usted o alguno de los asegurables adicionales propuestos padezca, haya padecido, le haya sido diagnosticada, o esté en conocimiento de haber padecido o padecer actualmente algunas de las enfermedades o situaciones antes enunciadas u otras no indicadas, deberá especificar a continuación en el siguiente cuadro especialmente destinado al efecto, los siguientes datos:

Asegurable	Enfermedad o Diagnóstico	Fecha Diagnóstico	Condición Actual de Salud	Tratamientos	Otros Antecedentes

Entiendo y concuerdo que cualquier omisión o reticencia, declaración falsa, errónea o inexacta relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos, de alguno de los asegurables propuestos, que pudiere influir en la apreciación del riesgo, faculta a la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada. Asimismo autorizo a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. para solicitar a cualquier médico, hospital, clínica u otra institución información sobre el estado de salud de alguno de los asegurables propuestos. Finalmente, declaro que ninguno de los asegurables propuestos ha sido rechazado como asegurado por alguna compañía aseguradora de vida durante los últimos 24 meses.

FECHA: ___/___/____

FIRMA ASEGURABLE

IV. 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 trasmisión 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: ___/___/____

FIRMA ASEGURABLE

V. AUTORIZACIÓN DE LA INCORPORACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA
VI. APROBACIÓN COMPAÑÍA ASEGURADORA

FECHA: ___/___/____ Firma del Representante Contratante	Firma y Timbre Representante MetLife Chile Seguros de Vida S.A.
--	---

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo propuesto o bien establecer restricciones o limitaciones especiales a la cobertura. En caso de establecerse alguna restricción o limitación de cobertura, ésta deberá constar en una declaración especial que debe ser firmada por el asegurable. En estos casos, la vigencia de la cobertura individual de este seguro sólo comenzará a regir una vez que la Compañía Aseguradora haya aceptado el riesgo y el asegurable haya firmado la declaración especial antes indicada. La declaración especial indicada en el párrafo precedente no será necesaria para aquellos seguros en los cuales el pago de la prima sea íntegramente cubierto por la empresa contratante, pudiendo igualmente la Compañía Aseguradora establecer restricciones o limitaciones de cobertura para el asegurado.

Las Condiciones Generales y Cláusula Adicional del Seguro se encuentran incorporadas al depósito de las pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código POL 2 09 088.