

**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 (Sostenedor Económico)					
R.U.T	Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombres	
Fecha de Nacimiento	Sexo — Masc. — Fem.	Estado Civil	ISAPRE	Actividad	
Dirección Particular	N°		Dpto.	Sector / Población / Villa	
Comuna	Ciudad	Teléfono Particular	Teléfono Comercial	Teléfono Celular	
Peso (kg)	Estatura (Mts.)	Fecha Ingreso al Seguro	Plan Contratado	Cuenta Corriente	Banco
				Directoría E-mail	

II. ASEGURABLE ADICIONAL (Planes con Segundo Sostenedor Económico)					
R.U.T	Apellido Paterno	Apellido Materno		Nombres	
Fecha de Nacimiento	Sexo — Masc. — Fem.	Estado Civil	ISAPRE	Actividad	
Dirección Particular	N°		Dpto.	Sector / Población / Villa	
Comuna	Ciudad	Teléfono Particular	Teléfono Comercial	Teléfono Celular	
Peso (kg)	Estatura (Mts.)	Fecha Ingreso a Empresa	Plan Contratado	Cuenta Corriente	Banco
				Directoría E-mail	

III. ALUMNOS BENEFICIARIOS DEL SEGURO					
Nombres (Apellidos y Nombres)	RUT	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación/Parentesco	Curso que inicia

**IV. 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? **Enfermedades Cardíacas, Valvulopatía Cardíaca, Hipertensión Arterial (HTA), Enfermedad Coronaria, Miocardiopatía, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Cardíaca, Arritmia Cardíaca, Valvulopatía Cardíaca, Aneurisma, Hipertensión Pulmonar, Insuficiencia Venosa (edema varicos), 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, Paño Hepático Crónico, Hepatitis Crónica, Pancreatitis Crónica, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Síndrome Ulceroso Gastrointestinal, Accidente Vascular Encefálico, Hemiparesia, Epilepsia, Parkinson, TEC, Secuestrado, Neuropatía Periférica, Bocio, Tumor Cerebral, Pólipos Intestinales, Adenoma Prostático, Histocitosis, Hemofilia, Anemia Severa, Alzheimer, Encefalopatía Crónica, Secuela Traumática a la Columna, Discopatía de Columna, Hernias de Columna, Espondilartrosis, Espondilostitosis, Artritis, Lupus Eritematoso, Esclerosis Múltiple, Artrosis, Tendinopatía, Fibromialgia, Parálisis Permanente, Distrofia Muscular, Cataratas, Glaucoma, Retinopatía, Maculopatía, Alta Miopía, Hipoplasia, Neurocirugía, Injerto Órtico, 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, hecha a la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada. Asimismo autorizo a MelLife 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

**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 MelLife 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 alineamiento de la información

FECHA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FIRMA ASEGURABLE

VI. AUTORIZACIÓN DE LA INCORPORACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA		VII. APROBACIÓN COMPAÑÍA ASEGURADORA	
FECHA: ___/___/___	Firma del Representante Contratante	FECHA: ___/___/___	Firma y Timbre Representante MelLife Chile Seguros de Vida S.A.

MelLife 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 consistir en una declaración especial que debe ser firmada por el asegurable. En estos casos, la vigencia de la cobertura individual de este seguro solo 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 del Seguro se encuentran incorporadas al depósito de las pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el Código POI.2.09.088.