

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN Y DECLARACIÓN DE SALUD  
SEGURO COLECTIVO DE ESCOLARIDAD  
POL220150655, CAD320131919**



|  |  |
|--|--|
| <b>COBERTURAS DEL SEGURO:</b>                            | <b>FALLECIMIENTO E INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE DOS TERCIOS</b>      |
| <b>MONTO ASEGURADO:</b>                                  | <b>75 U.F. ANUAL</b>   |
| <b>OPCIÓN DE COBERTURA:<br/>(Marque una alternativa)</b> | <b>Cobertura de Escolaridad, hasta 4° año medio</b>                  |
|  | <b>Cobertura de Escolaridad, hasta 6 años de Estudios Superiores</b> |

**NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO**

|                       |                      |          |
|-----------------------|----------------------|----------|
| APELLIDO PATERNO:     | APELLIDO MATERNO:    | NOMBRES: |
| RUT:                  | FECHA DE NACIMIENTO: |          |
| DIRECCIÓN PARTICULAR: | COMUNA:              | REGIÓN:  |
| ACTIVIDAD LABORAL:    |                      |          |
| TELÉFONO:             | E-MAIL:              |          |

**II. DETALLE DE LOS ALUMNOS ASEGURADOS**

| NOMBRES/APELLIDOS | RUT | FECHA DE NACIMIENTO | CURSO |
|-------------------|-----|---------------------|-------|
|                   |     |                     |       |
|                   |     |                     |       |
|                   |     |                     |       |
|                   |     |                     |       |

**III. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD DEL ASEGURADO (FAVOR CONTESTAR DE PUÑO Y LETRA)**

Peso: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_

¿Tiene usted conocimiento de que padece o ha sido diagnosticado o está en tratamiento por alguna enfermedad como: diabetes, cáncer, tumores, linfoma o anemia, enfermedades cardiovasculares, enfermedades coronarias, enfermedades pulmonares obstructivas, cirrosis hepática, leucemia, úlceras gástricas, sida (VIH positivo), epilepsia o Alzheimer; deberá especificar a continuación la fecha de diagnóstico, tratamiento y duración del mismo, estado actual de salud, médico tratante, institución en la cual atendido o tratado y cualquier otra información disponible? Detalle a continuación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna incapacidad física congénita o como consecuencia de enfermedad o accidente (sordera, pérdida de visión, pérdida o inutilidad de miembros, cojera)? Detalle a continuación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Realiza alguna actividad o deporte riesgoso tal como: piloto o tripulante de aviones o helicópteros, trabajos en altura o subterráneos, transporte o manejo de sustancias peligrosas o explosivos, buceo, alpinismo, montañismo, alas delta, parapente, paracaidismo, bungee (bengy), artes marciales, boxeo, rodeo, automovilismo o motociclismo como piloto o acompañante, esquí, carreras de lanchas y moto-esquí? Detalle a continuación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entiendo y acepto que las coberturas de este seguro no operarán en caso que el siniestro se relacione con una enfermedad preexistente, conocida o diagnosticada a la fecha de completar esta solicitud. Así como tampoco en caso que el siniestro se derive de la participación en una actividad o deporte objetivamente riesgoso, salvo que el Asegurador haya aceptado expresamente el riesgo.

Conforme a lo señalado en la Ley N°19.628, sobre Protección de la Vida Privada, por este acto faculto expresamente a Mutua de Seguros de Chile, para hacer uso de los antecedentes de carácter personal, como asimismo los antecedentes médicos y/o de situación de salud o enfermedad propios.

Declaro haber sido informado que estos datos son para uso exclusivo de Mutua, en el análisis para la contratación del Seguro de Escolaridad que da cuenta la presente solicitud, pudiendo estos datos ser proporcionados a terceros con estos mismos fines.

También estoy al tanto que Mutua, como asegurador, se reserva el derecho de aceptar o rechazar la presente solicitud de seguro, y a solicitar mayor información si así lo requiere para efectos de evaluar el riesgo relacionado con la misma.

Fecha: dd/mm/aaaa

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO