

I. ANTECEDENTES DEL CONTRATANTE

Rut Contratante:

Nombre:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

Dirección particular:

CALLE, N°, DPTO.

COMUNA

CIUDAD

Dirección de correspondencia (si es distinta a la particular):

CALLE, N°, DPTO.

COMUNA

CIUDAD

Teléfono fijo:

Teléfono móvil:

Ocupación:

F. Nacimiento:

DÍA

MES

AÑO

Email:

Sexo:

☐ F

☐ M

Estado civil:

Nacionalidad:

Tipo persona:

☐ Natural

☐ Jurídica

Tipo trabajador:

☐ Dependiente

☐ Independiente

Ingreso bruto mensual en M\$

☐ 300 – 700

☐ 701-1400

☐ 1401 – 1800

☐ 1801 y más

II. ANTECEDENTES DEL ASEGURABLE

RUT asegurable	Nombre completo	Fecha nacimiento	Sexo	Relación con el contratante

III. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

RUT beneficiario	Nombre completo	Porcentaje	Relación con asegurable	Tipo de Beneficiario (1)

En conformidad con lo dispuesto en el artículo 595 del Código de Comercio, el contratante podrá cambiar beneficiarios cuando desee, utilizando para ello los mecanismos indicados en la póliza. Se sugiere para mayor agilidad en el pago de un eventual siniestro, dejar como beneficiarios a personas mayores de edad, o con capacidad para administrar sus bienes.

(1)Tipo de Beneficiario: Primario o Contingente

IV. FORMA DE PAGO DE LA PRIMERA PRIMA

Primera prima pagada con:

Cheque

☐ Transferencia

☐ Tarjeta

Número de tarjeta:

Número de cuenta/tarjeta:

Banco:

V. DATOS DEL INTERMEDIARIO

Rut Intermediario:

Nombre Intermediario:

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRES

Tipo:

☐ Asesor

☐ Corredor

Código:

Oficina:

Firma:

VI. ANTECEDENTES DEL SEGURO A CONTRATAR

Por el presente acto, el contratante formula a Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. una Propuesta de Seguro, destinada a contratar la cobertura que se indica a continuación. Al respecto, el contratante declara haber recibido por escrito de la Compañía de Seguro toda la información relativa al contenido del contrato que celebrará, en los términos prescritos en el Artículo 514 del Código de Comercio.

Frecuencia pago de prima: ☐ Anual ☐ Semestral ☐ Trimestral ☐ Mensual
Forma de pago de prima(2): ☐ PAC (Pago automático en cuenta corriente) ☐ PAT (Pago automático en tarjeta de crédito)

(2) El pago de la prima se efectuará mediante la modalidad seleccionada, por lo que las condiciones del mandato que autoriza esta modalidad de pago, forma parte integrante de las condiciones particulares de la póliza.

Marcar con una X la cobertura y el plan a contratar:

SEGURO DE VIDA - ANUAL RENOVABLE

Cobertura	POL/CAD CMF	Capital UF	Prima neta anual UF	IVA UF	Prima bruta anual UF
☒ Fallecimiento	POL 2 2013 1805				
☐ Muerte Accidental	CAD 3 2013 1658				
☐ Invalidez por Accidente	CAD 3 2013 1661				
☐ Anticipo capital por invalidez total y permanente 2/3	CAD 3 2013 1547				
☐ Anticipo capital por enfermedades graves	CAD 3 2013 1657				
Total UF					
Prima Total según frecuencia de pago UF					

SEGURO DE VIDA TEMPORAL A PLAZO FIJO

☐ 5 años ☐ 10 años ☐ 15 años ☐ 20 años ☐ 25 años ☐ 30 años o hasta ☐ 50 años ☐ 55 años ☐ 60 años ☐ 65 años

Cobertura	POL/CAD CMF	Capital UF	Prima neta anual UF	IVA UF	Prima bruta anual UF
☒ Fallecimiento	POL 2 2014 0209				
☐ Muerte Accidental	CAD 3 2014 0232				
☐ Invalidez por Accidente	CAD 3 2014 0231				
☐ Anticipo capital por invalidez total y permanente 2/3	CAD 3 2014 0216				
☐ Enfermedades Graves e Intervenciones	CAD 3 2014 0210				
Total UF					
Prima Total según frecuencia de pago UF					

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Cobertura	POL/CAD CMF	Capital UF	Prima neta anual UF	IVA UF	Prima bruta anual UF
☒ Muerte Accidental	POL 3 2013 0085				
☒ Desmembramiento	POL 3 2013 0085				
☒ Incapacidad total y permanente 2/3 por Accidente	POL 3 2013 0085				
☐ Reembolso gastos médicos por Accidente	POL 3 2013 0085				
☐ Renta diaria por hospitalización por Accidente	POL 3 2013 0085				
Total UF					
Prima Total según frecuencia de pago UF					

SEGURO DE VIDA TEMPORAL CON BENEFICIO POR PERMANENCIA

Plazo

☐ 10 años ☐ 15 años ☐ 20 años

Beneficios por Permanencia

Primas pagadas por cobertura de fallecimiento ☐ 60% ☐ 70%

Cobertura	POL/CAD CMF	Capital UF	Prima neta anual UF	IVA UF	Prima bruta anual UF
☒ Fallecimiento	POL220190142				
☒ Muerte Accidental	CAD320190143 (Alternativas A, B y C)				
☒ Desmembramiento o pérdida funcional por Accidente					
☒ Invalidez Total y Permanente ochenta por ciento (80%) por Accidente					
☐ Indemnización por Gasto Médico de Alto Costo por: ☐ Accidente ☐ Enfermedad	CAD320190144 (Alternativas A y B)				
☐ Renta diaria por hospitalización por: ☐ Accidente ☐ Enfermedad	CAD320190145 (Alternativas A y B)				
Total UF					
Prima Total según frecuencia de pago UF					

Para la indemnización por gasto médico de alto costo y/o el pago de la renta diaria por hospitalización que se encuentren en proceso de liquidación por parte de la Compañía al momento de fallecimiento del Asegurado, se establece que dicho pago se realizará a los Beneficiarios Designados en el punto III de esta Propuesta de Seguros.

Se deja constancia que las primas de las coberturas de Fallecimiento y Muerte Accidental son exentas de IVA. Las condiciones Generales y las exclusiones de estos seguros se encuentran depositadas con los códigos POL y CAD señalados en este formulario en la Comisión para el Mercado Financiero. Usted puede revisar este texto en www.cmfchile.cl

VII. VIGENCIA

Con la emisión de la presente propuesta, no se obtiene cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. La cobranza comienza a regir a partir del momento en que esta propuesta sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la póliza.

VIII. AUTORIZACIONES Y DECLARACIÓN

Por este acto, y según lo dispuesto en la ley N°19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones o las leyes que en el futuro pudieran reemplazarla, doy mi consentimiento y autorización expresa para que Colmena Compañía de Seguros de Vida S.A. y sus representantes, sucesores o cesionarios puedan proceder al tratamiento, 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 estuvieran ubicados dentro o fuera de Chile, para efectos de poder liquidar un siniestro y hacer efectivo el(los) beneficio(s) que pueden estar asociados al seguro contratado, así como para efecto de almacenamiento de la información.

Autorizo el envío de información respecto de las coberturas y exclusiones contratadas en esta propuesta, comunicaciones y documentos, incluido el envío de póliza, sus endosos, copias o cualquier otro antecedente relacionado, al correo electrónico indicado en punto I. de esta propuesta o a través de cualquier otro medio mediante el que conste fehacientemente mi voluntad de reemplazar dicha u otra información señalada en el punto I.

Asimismo, autorizo a la Compañía para hacer efectivo exclusivamente el cambio de mis datos de contacto (correo, electrónico, dirección y/ teléfono) a través de cualquier medio en el que conste fehacientemente mi voluntad de reemplazar dicha información, tales como documento escrito debidamente suscrito por mí, aviso verbal dado en forma telefónica a la Compañía por los medios que ésta establezca con los debidos resguardos de confidencialidad y respaldo, entre otros.

La Compañía financiará el valor de los exámenes médicos básico que se pudieran requerir para la evaluación de la presente solicitud. Sin perjuicio de lo anterior, si desisto de la contratación del presente seguro con posterioridad a la realización de los mismos, por medio de la presente autorizo a que su valor sea descontado del monto de la primera prima.

Con la siguiente propuesta, no se obtiene cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. Las coberturas solicitadas en esta propuesta entrarán en vigencia cuando el riesgo haya sido aceptado por la Compañía y la póliza emitida. Antes de aceptar el riesgo, la Compañía hará diversos trámites y entre otros, podrá requerir la presentación de documentos, exigir la realización de exámenes médicos, excluir alguna cobertura, excluir alguna preexistencia que el asegurable haya declarado y cobrar al contratante una cantidad de dinero que, en caso de aceptación del riesgo, constituirá parte de la primera prima de seguro.

Firma del Contratante

Fecha

DÍA

MES

AÑO