

Adhesión N°:
ROL:

**SOLICITUD DE MODIFICACIÓN
PLAN DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA FAMILIAR
"SECORA"**



Por el presente documento, solicito una modificación a mis coberturas amparadas por la póliza de seguro de vida temporal colectivo contratada por la Armada de Chile con la Mutual de Seguros de Chile (Asegurador), de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales de dicha póliza, incorporadas al depósito de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 220220226.

ANTECEDENTES DEL ASEGURADO TITULAR (Nombres, Apellido Paterno y Materno)					RUT:	
					-	
Fecha de Nac.	Edad	Estado Civil	Grado	Unidad	NPI	
dd/mm/aaaa	años					
Email:						

FAVOR INDICAR MODIFICACIÓN QUE DESEA REALIZAR A SU ADHESIÓN

<input type="checkbox"/>	INCORPORACIÓN DE HIJOS (*) Y CARGAS FAMILIARES RECONOCIDAS POR LA ARMADA, DISTINTO DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE CIVIL		
Nombres, Apellido Paterno y Materno	RUT	Fecha Nac.	Parentesco
		dd/mm/aaaa	
		dd/mm/aaaa	
		dd/mm/aaaa	
		dd/mm/aaaa	
		dd/mm/aaaa	

(*) Adjuntar Certificado de Nacimiento

<input type="checkbox"/>	CAMBIO NPI	INDICAR NUEVO NPI:	
--------------------------	------------	--------------------	--

<input type="checkbox"/>	DISMINUCIÓN DEL CAPITAL BASE ASEGURADO	INDICAR CAPITAL BASE ASEGURADO FINAL*:	UF
--------------------------	--	--	----

<input type="checkbox"/>	AUMENTO DEL CAPITAL BASE ASEGURADO (Favor revisar las condiciones de aumento de capital y completar DPS al dorso)	INDICAR CAPITAL BASE ASEGURADO FINAL*:	UF
--------------------------	--	--	----

* **IMPORTANTE:** El Capital Base Asegurado Final corresponderá al monto con que finalmente estará asegurado el Asegurado Titular.

La solicitud de aumento de capital y sus antecedentes serán sometidas a análisis de riesgo por el Asegurador, quien podrá rechazar o limitar el aumento de capital solicitado, si a su juicio el solicitante o su cónyuge o conviviente civil, según corresponda, tienen un estado de salud deficiente o no cumplen de otra forma con las condiciones de aseguramiento requeridas normalmente por el Asegurador en la póliza de suscripción de riesgos, en base a los antecedentes que se le hayan proporcionado o de otros que obren en su poder.

Las **condiciones de aumento de capital** son las siguientes:

- El Asegurado Titular que tenga una edad igual o inferior a 45 años podrá solicitar el aumento de capital base asegurado a 420 UF, 630 UF, 840 UF o 1.050 UF.
- El Asegurado Titular que tenga una edad superior a 45 años y menor de 65 años, podrá solicitar aumento a 420 UF o 630 UF.
- El Asegurado Titular que tenga una edad igual o superior a 65 años **no podrá** aumentar el capital base asegurado.
- No se podrá aumentar el capital para el Cónyuge o conviviente civil, cuya edad sea igual o superior a 65 años a la fecha del aumento.
- Si se aceptase un aumento del capital base asegurado del Asegurado Titular, pero a juicio del asegurador del cónyuge o conviviente civil no reúne las condiciones de asegurabilidad, éste último mantendrá la cobertura de fallecimiento que se encontraba vigente antes de la solicitud de aumento de capital.
- Para aumentar el capital base asegurado a 840 o 1.050 UF, el Asegurado Titular y la cónyuge o conviviente civil debe acompañar un Examen Médico al efecto.

Importante: El capital asegurado del cónyuge o conviviente civil podrá alcanzar hasta el 50% del capital base asegurado del Asegurado Titular, por lo cual, en caso de firmar este documento, el cónyuge o conviviente civil está consciente de este aumento de capital, el cual se hará efectivo siempre y cuando se reúnan todas las condiciones de asegurabilidad exigidas por el Asegurador. Si se solicita un aumento de capital respecto del Asegurado Titular, manteniendo la cobertura de fallecimiento del conyuge o conviviente civil en el monto autorizado previamente por éste.
Por el presente documento no se altera la distribución del capital asegurado para el caso de fallecimiento del Asegurado Titular. Para el caso de que el adherente quiera cambiar los beneficiarios o de modificar la distribución del capital asegurado entre ellos se debe utilizar el respectivo formulario de cambio de beneficiario.

PRIMA MENSUAL Y CAPITAL ASEGURADO ENTRE EL 1° DE ENERO DE 2023 Y EL 31 DE DICIEMBRE DE 2026:

Capital Asegurado Titular	Capital Asegurado Cónyuge o Conviviente Civil	PRIMA MENSUAL			
		Año 2023	Año 2024	Año 2025	Año 2026
270 UF	135 UF	0,2434 UF	0,2495 UF	0,2557 UF	0,2621 UF
420 UF	210 UF	0,3787 UF	0,3882 UF	0,3979 UF	0,4078 UF
630 UF	315 UF	0,5681 UF	0,5823 UF	0,5969 UF	0,6118 UF
840 UF	420 UF	0,8521 UF	0,8734 UF	0,8952 UF	0,9176 UF
1.050 UF	525 UF	1,1361 UF	1,1645 UF	1,1936 UF	1,2234 UF

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

IMPORTANTE: Favor responder este formulario de puño y letra. Haga sus declaraciones con toda tranquilidad y franqueza. No se aceptan borrones, correcciones, ni uso de líquido de borrar.

Asegurado Titular:

1.- Peso: _____ Kg 2. Estatura: _____ mts. 3. Presión Arterial: Baja: Media: Alta:

Cónyuge o conviviente civil:

1.- Peso: _____ Kg. 2. Estatura: _____ mts. 3. Presión Arterial: Baja: Media: Alta:

4.- ¿El Asegurado Titular, su cónyuge o conviviente civil, padece o ha padecido de tumores, obesidad severa, diabetes, discopatías, enfermedades coronarias, daño hepático crónico, artrosis, depresión crónica, accidente vascular encefálico, nefropatías crónicas, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, hipertensión arterial, hernias, enfermedades de transmisión sexual?

NO SI Favor detalle: _____

5.- ¿El Asegurado Titular, su cónyuge o conviviente civil padece, ha padecido o está sujeto a cualquier tratamiento médico, terapia o rehabilitación por alguna incapacidad física o mental?

NO SI Favor detalle: _____

6.- ¿El Asegurado Titular, su cónyuge o conviviente civil, tiene alguna incapacidad física congénita como consecuencia de enfermedad o accidente (sordera, pérdida de visión, pérdida de miembros, cojera, mudéz, etc.)?

NO SI Favor detalle: _____

7.- Estado de Salud Actual: Asegurado Titular : Bueno: Regular: Deficiente:
Cónyuge o Conviviente civil : Bueno: Regular: Deficiente:

8.- ¿El Asegurado Titular, su cónyuge o conviviente civil, practica alguna actividad o deporte riesgoso o peligroso, tal como motociclismo en cualquier modalidad, automovilismo o afines, montañismo, artes marciales, boxeo, bungee (caída libre con cuerda), paracaidismo, alas delta, parapente, aviación en cualquier modalidad, submarinismo, trabajo con explosivos, alpinismo, escalada, rugby, equitación, buceo, caza deportiva, o cualquier otro deporte o actividad que se pueda considerar riesgoso o peligroso?

NO SI Favor detalle: _____

Declaración Especial: Estoy en conocimiento que la modificación se hará efectiva a partir de los 30 días corridos siguientes a la fecha que el Asegurador haya recibido la respectiva solicitud, y siempre que, tratándose de un aumento de capital asegurado, ésta haya sido aceptada por Mutual de Seguros de Chile.

Fecha: dd / mm / aaaa

FIRMA CÓNYUGE O CONVIVIENTE CIVIL

FIRMA ASEGURADO TITULAR

DETERMINACIÓN MÉDICO JEFE (USO MUTUAL DE SEGUROS)

Rating: _____ % Fecha: dd / mm / aaaa

Observación: _____

Firma y Timbre Médico Jefe