

N° ADHESIÓN:
ROL:
CÓDIGO PLAN:
CÓDIGO COBRADOR:

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN
COBERTURA PLAN DE SEGURO
COLECTIVO CON PAGO DE RENTA TEMPORAL**



“Según Condiciones Generales aprobadas por Resolución N°4147 del 13 de junio de 2023 de la Comisión para el Mercado Financiero, e incorporadas al Depósito de Pólizas bajo el Código POL220230387”

IMPORTANTE: Usted se está incorporando como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por la Armada de Chile directamente con la Mutual de Seguros de Chile.

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO		RUT:	
Email:		NPI:	

Prima Mensual en UF	0,491% del sueldo imponible del asegurado dividido por el valor de la UF del último día del mes.
Capital Asegurado	60 rentas mensuales. Cada renta es equivalente al sueldo imponible dividido por el valor de la UF del día del fallecimiento.

DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD

¿El Asegurado ha padecido, padece, está en estudio, tratamiento y/o tiene cirugía pendiente por alguna de las siguientes enfermedades: cardiovasculares, coronarias, cerebrovasculares, neurológicas, pulmonares, nefropatías crónicas, genitourinarios y/o del riñón, psicológicas o psiquiátricas, cáncer, tumores, obesidad severa, daño hepático, depresión crónica, accidente vascular encefálico, hepatitis B, hepatitis C, cirrosis, adicción a drogas, alcoholismo y/o alguna enfermedad de transmisión sexual?

SI NO En caso de responder afirmativamente, favor consignar fechas, diagnósticos, tratamientos seguidos, centro asistencial en que fue atendido, nombre del médico que lo entendió y cualquier otro detalle.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (es responsabilidad del Asegurado, informar a la(s) persona(s) designada(s)):

Los beneficiarios de la cobertura serán la o las personas indicadas en el artículo 88 bis de la Ley N° 18.948, Ley Orgánica Constitucional de las Fuerzas Armadas, según el orden o grado de precedencia indicado en la misma norma.

Sin perjuicio de lo anterior, el asegurado puede dejar sin efecto esta designación, nombrando otros beneficiarios a continuación:

RUT	Nombres y Apellidos		Parentesco o Relación con el Asegurado	% del Capital Asegurado *
Dirección			Número:	
Depto./Oficina:	Comuna/Ciudad:		Región:	
E-mail			Teléfono	
RUT	Nombres y Apellidos		Parentesco o Relación con el Asegurado	% del Capital Asegurado *
Dirección			Número:	
Depto./Oficina:	Comuna/Ciudad:		Región:	
E-mail			Teléfono	
RUT	Nombres y Apellidos		Parentesco o Relación con el Asegurado	% del Capital Asegurado *
Dirección			Número:	
Depto./Oficina:	Comuna/Ciudad:		Región:	
E-mail			Teléfono	

* La suma de los porcentajes de capital asegurado deben ser igual al 100%. En caso que no se indique un porcentaje, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer.

CARACTERÍSTICAS PRINCIPALES CONTRATO SEGURO COLECTIVO CON PAGO DE RENTAS TEMPORAL

COBERTURA DEL SEGURO (RIESGOS CUBIERTOS):

FALLECIMIENTO: Este seguro cubre el fallecimiento del Asegurado adscrito al régimen previsional de Capredena, que preste servicios a la Armada de Chile y que al momento del fallecimiento cumpla copulativamente las siguientes condiciones:

- No haber cumplido el número de años necesarios para generar pensión al amparo del régimen previsional y de seguridad social del asegurado.
- Que el fallecimiento no sea consecuencia de un acto del servicio, calificado como tal en conformidad a lo establecido en la Ley Orgánica Constitucional de las Fuerzas Armadas.
- Que el fallecimiento no genere una pensión al amparo del régimen previsional y de seguridad social del asegurado.

EXCLUSIONES DE COBERTURA: (1) suicidio, auto-mutilación o auto-lesión, sin perjuicio de lo dispuesto en el Artículo 598 del Código de Comercio, (2) Participación en riñas o peleas, salvo que se acredite fehacientemente que se ha obrado en legítima defensa. (3) Pena de muerte, o participación en cualquier acto delictivo, salvo que se acredite fehacientemente que se ha obrado en legítima defensa. (4) Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario, o por quien pudiera reclamar el capital asegurado o la indemnización. (5) Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado. (6) Participación activa en acto terrorista (7) Dolencias o enfermedades preexistentes que, habiendo sido diagnosticadas o conocidas por el Asegurado al momento de celebrar el contrato, no hayan sido declaradas a solicitud del Asegurador. (8) Que el asegurado se encuentre al momento del fallecimiento realizando una actividad o practicando un deporte en estado de ebriedad o bajo los efectos de drogas alucinógenas. (9) La práctica de un deporte o de alguna actividad, objetivamente riesgosa. Serán considerados riesgosos las actividades o deportes tales como: motociclismo en cualquier modalidad, automovilismo o afines, montañismo, alpinismo, escalada, bungee (caída libre con cuerda), paracaidismo, alas delta, parapente, aviación deportiva, artes marciales, boxeo, lucha, rodeo, rugby, equitación, polo, planeador, buceo o inmersión subacuática, caza deportiva, canotaje, surf, etc. La presente exclusión no regirá para la cobertura de fallecimiento, respecto de quienes estén debidamente capacitados para la práctica del deporte o actividad riesgosa, lo cual deberá acreditarse con las respectivas licencias, permisos o autorizaciones otorgadas por los organismos o autoridades competentes, las cuales deberán estar vigentes a la fecha del fallecimiento.

PERÍODO DE DURACIÓN DEL CONTRATO: El seguro colectivo al cual se incorpora el Asegurado termina el día 31 de diciembre del año 2026. Sin perjuicio de las renovaciones que eventualmente pacten las partes.

TERMINACIÓN: Las coberturas del seguro terminan, respecto del Asegurado, por las siguientes causas: extinción del vínculo entre el Asegurado y la Armada de Chile (paso a retiro); fallecimiento del Asegurado; terminación del contrato de seguro colectivo; no pago de prima, según lo establecido en el artículo 10 de las condiciones generales de la póliza; y cuando el Asegurado cumpla la cantidad de años de servicios afectos al régimen previsional de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional necesarios para generar el derecho a una pensión al amparo del régimen previsional y de seguridad social del asegurado.

DECLARACIÓN ESPECIAL: El Asegurado que suscribe declara por este acto adherirse en todas sus partes a la póliza de seguro colectivo temporal con pago de rentas que Mutual de Seguros mantiene vigente para el personal activo de la Armada de Chile. En consecuencia, declaro que es mi intención incorporarme como Asegurado a este seguro colectivo, asumiendo las obligaciones que en dicho contrato se establecen para quien tenga la calidad de Asegurado, dejando constancia que acepto todas las condiciones establecidas y en especial las que se refieren a la intervención de la Dirección General del Personal de la Armada (DGPA). Acepto, asimismo, que la prima que deba pagar por este seguro me sea descontada mensualmente de la remuneración que percibo de la Armada de Chile. Declaro conocer y aceptar que la Mutual no efectuará el pago de las indemnizaciones cuando estas se produzcan a consecuencia de alguna de las exclusiones detalladas en el Artículo 5 de las Condiciones Generales de la póliza código POL220230387.

Fecha Solicitud: dd / mm / aaaa

FIRMA ASEGURADO

IMPORTANTE: Con la firma del presente documento, no se obtiene cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento en que el riesgo sea aceptado por la Mutual mediante la emisión del certificado de Cobertura. Una vez firmada esta solicitud en tres ejemplares deberá ser remitida a la brevedad a la DGPA, la que a su vez la hará llegar a la Mutual de Seguros de Chile, quien devolverá un ejemplar debidamente timbrado en señal de recepción.

Este seguro sólo puede ser suscrito por miembros de la Armada de Chile adscritos al régimen previsional de Capredena que se encuentren afectos a la obligación de mantener un seguro de vida, en los términos establecidos en el Decreto Ley N° 807, de 1925 y el Decreto Ley N° 1.092, de 1925.