

N° ADHESIÓN:
ROL:
CÓDIGO PLAN:

**AUTORIZACIÓN DE INCORPORACIÓN DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE CIVIL AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA FAMILIAR "SECORA"**



**"Según Condiciones Generales aprobadas por Resolución N°8 del 30 de diciembre de 2022 de la Comisión para el Mercado Financiero e incorporadas al depósito de Pólizas bajo el Código POL220220226"**

<b>ANTECEDENTES DEL ASEGURADO TITULAR</b>	
Nombres, Apellido Paterno y Materno:	RUT:
Capital Asegurado Actual del Asegurado Titular: <input type="checkbox"/> 270 UF <input type="checkbox"/> 420 UF <input type="checkbox"/> 630 UF <input type="checkbox"/> 840 UF <input type="checkbox"/> 1.050 UF	

<b>ANTECEDENTES DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE CIVIL A INCORPORAR</b>	<b>CAPITAL ASEGURADO:</b> 50% del Capital Asegurado del Asegurado Titular
Nombres, Apellido Paterno y Materno:	RUT:

Fecha Nacimiento: dd/mm/aaaa	Edad: años	COBERTURA PARA EL CÓNYUGE O CONVIVIENTE CIVIL:	FALLECIMIENTO
------------------------------	------------	--	---------------

Nota: La cobertura para el Cónyuge o Conviviente civil sólo se hará efectiva una vez que Mutual reciba la correspondiente autorización de este último y acepte el riesgo declarado.

**DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE CIVIL**

**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.

**Antecedentes de salud del Cónyuge o Conviviente Civil:**

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

4.- ¿Usted (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.- ¿Usted (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.- ¿Usted (Cónyuge o Conviviente Civil) tiene alguna incapacidad física congénita como consecuencia de enfermedad o accidente (sordera, pérdida de visión, pérdida de miembros, cojera, mudez, etc.)?

NO       SI Favor detalle: \_\_\_\_\_

7.- Estado de Salud Actual:      Bueno:       Regular:       Deficiente:

**Antecedentes de actividades riesgosas**

8.- ¿Usted (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: \_\_\_\_\_

<b>DETERMINACIÓN MÉDICO JEFE (USO MUTUAL DE SEGUROS)</b>			
APROBADO:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Rating: _____ %      Fecha: dd / mm / aaaa
Observación:	Firma y Timbre Médico Jefe		

**OBJETO DE ESTE DOCUMENTO:** Por el presente documento, la persona individualizada como "Cónyuge o Conviviente Civil" confiere autorización especial y expresa para ser incorporada al seguro de vida singularizado en el anverso de este documento. La incorporación a dicho seguro de vida ha sido solicitada por el Asegurado Titular y contempla una cobertura en beneficio de éste, para el caso en que su cónyuge o conviviente civil fallezca, sujeto a que la Mutual verifique las condiciones de aseguramiento del cónyuge o conviviente civil y acepte la cobertura respectiva, especificando el capital asegurado para el fallecimiento del cónyuge o conviviente civil, el cual podrá ser de hasta el 50% del valor indicado en el anverso de este documento como Capital Asegurado Actual del Asegurado Titular. La autorización de que da cuenta el presente documento permanecerá vigente en forma indefinida, por el monto de dicho capital asegurado, incluso en el caso de renovación del seguro o de la contratación de una nueva cobertura de fallecimiento por el mismo capital asegurado, siempre que dicha nueva contratación extinga la anterior.

La eventual revocación de la autorización que se confiere por el presente documento, comunicada por el cónyuge o conviviente civil al Asegurador pondrá término a la cobertura del cónyuge o conviviente civil, por extinción del interés asegurable a que se refiere el artículo 589 del Código de Comercio.

**DECLARACIÓN ESPECIAL DEL CÓNYUGE O CONVIVIENTE CIVIL:** Declaro por este acto, mi intención de incorporarme, en calidad de cónyuge o conviviente civil del Asegurado Titular individualizado en este documento, al Plan de Seguro de Vida Familiar "Secora". A tal efecto, acepto las condiciones siguientes:

- 1) No habrá cobertura para el caso de fallecimiento del cónyuge o conviviente civil, a menos que la Mutual lo acepte expresamente, extendiendo el respectivo Certificado de Cobertura incorporando al cónyuge o conviviente civil del Asegurado Titular.
- 2) Declaro conocer y aceptar que la Mutual no efectuará el pago de la cobertura de fallecimiento del cónyuge o conviviente civil si dicho fallecimiento se produce como consecuencia de alguna de las exclusiones detalladas en el Artículo 4 de las Condiciones Generales de la póliza código POL220220226.

**INICIO Y TÉRMINO DE LA COBERTURA:** La cobertura de fallecimiento del cónyuge o conviviente civil del Asegurado Titular se iniciará una vez que éste haya dado la autorización a que se refiere el presente documento y el riesgo haya sido aceptado por la Mutual. La cobertura del cónyuge o conviviente civil terminará por la extinción de la cobertura del Asegurado Titular y por las demás causales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales de la póliza depositada con el código POL220220226.

**IMPORTANTE:** El cónyuge o conviviente civil que tenga 65 años de edad o más, sólo podrá ser incorporado al seguro con un capital equivalente a 135 Unidades de Fomento, independiente del Capital Asegurado que haya suscrito el Asegurado Titular. Asimismo, la Mutual se reserva el derecho a rechazar o entregar una cobertura inferior al 50% del Capital Asegurado Actual del Asegurado Titular, en caso que el cónyuge o conviviente civil no reúna las condiciones de salud establecidas por el Asegurador en la política de suscripción de riesgos, en base a los antecedentes que se le hayan proporcionado o de otros que obren en su poder. Asimismo, estoy en conocimiento que el capital de cónyuge o conviviente civil se ajustará automáticamente en caso que el Asegurado Titular solicite una disminución de su capital base asegurado.

**FIRMA CÓNYUGE O CONVIVIENTE CIVIL DEL ASEGURADO TITULAR**

**DECLARACIÓN ESPECIAL DEL ASEGURADO TITULAR (DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS EN LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR):**

En consideración al carácter familiar de la póliza SECORA, por el presente acto declaro además que mi cónyuge o conviviente civil será considerada como beneficiaria de a lo menos el 50% del capital asegurado para el caso de mi fallecimiento.

RUT	Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno		Parentesco o Relación con Asegurado Titular	% del Capital Asegurado *
Dirección				Número:
Depto./Oficina:	Comuna/Ciudad:		Región:	
E-mail			Teléfono	
RUT	Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno		Parentesco o Relación con Asegurado Titular	% del Capital Asegurado *
Dirección				Número:
Depto./Oficina:	Comuna/Ciudad:		Región:	
E-mail			Teléfono	
RUT	Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno		Parentesco o Relación con Asegurado Titular	% del Capital Asegurado *
Dirección				Número:
Depto./Oficina:	Comuna/Ciudad:		Región:	
E-mail			Teléfono	

\* La suma de los porcentajes de capital base asegurado debe 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.

Asimismo, declaro estar en conocimiento de que, si con posterioridad a esta fecha se efectúa una revocación o cambio que signifique que mi cónyuge o conviviente civil pierda la calidad de beneficiario de al menos el 50% del capital asegurado para el caso de mi fallecimiento, esa sola circunstancia extinguirá la cobertura de fallecimiento de mi cónyuge o conviviente civil.

Fecha Solicitud: dd/mm/aaaa

**FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR**