



MUTUALIDAD  
DEL EJÉRCITO Y AVIACIÓN

# PROPUESTA DE SEGURO DOTAL

N° PROPUESTA			
FECHA PROPUESTA:	DÍA	MES	AÑO
FECHA REGISTRO:	DÍA	MES	AÑO

## 1. ASEGURADORA: MUTUALIDAD DEL EJÉRCITO Y AVIACIÓN, RUT 99.025.000-6

## 2. ANTECEDENTES DEL SEGURO:

PLAN DEL SEGURO	PLAZO DEL SEGURO: <input type="text"/> AÑOS	FECHA DE INICIO	FECHA DE TÉRMINO
COBERTURAS DEL SEGURO	SUMAS ASEGURADAS	PRIMAS	TOTAL PRIMA MENSUAL
A) FALLECIMIENTO B) DOTE	UF UF	UF UF	UF

## 3. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES			
RUN	-	FECHA DE NACIMIENTO		DÍA	MES	AÑO	SEXO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO CELULAR		CORREO ELECTRÓNICO				
DIRECCIÓN PARTICULAR							
COMUNA		CIUDAD			REGIÓN		

## 4. BENEFICIARIOS. La(s) persona(s) que recibe(n) el pago de la indemnización del seguro. Si el asegurado no establece el porcentaje de la suma asegurada que asigna a cada uno de los beneficiarios, se entenderá que lo son en partes iguales. Este seguro es con derecho a acrecer.

### DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS :

1	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO
2	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO
3	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO
4	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO
5	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO



MUTUALIDAD  
DEL EJÉRCITO Y AVIACIÓN

# PROPUESTA DE SEGURO DOTAL

N° PROPUESTA	
--------------	--

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS (Continuación)					
6	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO
7	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO
8	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO
9	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO
10	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO

**5. BENEFICIARIOS CONTINGENTES:** La(s) persona(s) que recibe(n) el pago de la indemnización del seguro en reemplazo del o los beneficiarios en caso que todos hubieren fallecido antes que el asegurado.

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS CONTINGENTES:					
1	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO
2	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO
3	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO
4	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO
5	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO



MUTUALIDAD  
DEL EJÉRCITO Y AVIACIÓN

# PROPUESTA DE SEGURO DOTAL

N° PROPUESTA	
--------------	--

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS CONTINGENTES (Continuación)					
6	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO
7	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO
8	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO
9	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO
10	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	%
	DIRECCIÓN		E-MAIL		TELÉFONO

## 6. PROTECCIÓN PROVISORIA POR FALLECIMIENTO.

El asegurado tendrá protección provisoria por fallecimiento, la cual registrá por un periodo de 45 días previos a la fecha de inicio (vigencia) solicitada en la propuesta.

Si el asegurado falleciere en este periodo, la Mutualidad pagará la suma asegurada en la propuesta de seguro. Para todos los efectos se excluye la causal de fallecimiento por suicidio, enfermedad preexistente diagnosticada, o propuestas que por falta de requisitos u otras causales médicas o legales, fueran rechazadas.

Otras coberturas adicionales del seguro, así como sus restricciones y limitaciones, sólo comienzan a operar a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza. Si la Mutualidad rechazare la propuesta de seguro de vida, se notificará al proponente al domicilio o e-mail registrado en ella.



# PROPUESTA DE SEGURO DOTAL

N° PROPUESTA	
--------------	--

## 7. EXCLUSIONES

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del asegurado fuere causado por:

a) Suicidio, auto mutilación o auto lesión.

No obstante, la Mutualidad pagará la suma asegurada a los beneficiarios, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la vigencia del seguro.

b) Pena de Muerte.

c) Enfermedades preexistentes o situación diagnosticada y conocida por el asegurado antes de la propuesta del seguro.

d) Acto delictivo cometido en calidad de autor, cómplice o encubridor por un beneficiario, o quien pudiere reclamar la suma asegurada o la indemnización. En el evento de existir más de un beneficiario, la Mutualidad pagará a los restantes beneficiarios no comprendidos en esta causal, con derecho a acrecer.

e) Encontrarse el asegurado conduciendo vehículos motorizados en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico.

f) La participación activa en cualquier título del asegurado en guerra internacional, sea que Chile tenga o no intervención en ella. En guerra civil dentro o fuera de Chile, o en un motín, sedición o conmoción contra el orden público, dentro o fuera del territorio nacional.

No obstante, si el asegurado falleciere por esta causal, la Mutualidad pagará a los beneficiarios de la póliza el valor garantizado por el rescate correspondiente, si lo hubiera a la fecha de su fallecimiento, previa deducción de cualquier deuda por concepto del seguro.

g) Fisión nuclear, fusión nuclear o contaminación radioactiva.



MUTUALIDAD  
DEL EJÉRCITO Y AVIACIÓN

# PROPUESTA DE SEGURO DOTAL

N° PROPUESTA	
--------------	--

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT	EDAD
------------------	------------------	---------	-----	------

**DECLARO QUE LOS ANTECEDENTES Y RESPUESTAS CONSIGNADOS PRECEDENTEMENTE SON EXACTOS Y VERÍDICOS, LOS CUALES SON ESENCIALES PARA LA CELEBRACIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO CON LA MUTUALIDAD.**

En este acto tomo conocimiento del artículo 539 del Código de Comercio el cual en lo pertinente dispone: "el contrato de seguro es nulo si el asegurado, a sabiendas, proporciona al asegurador información sustancialmente falsa al prestar la declaración a que se refiere el número 1° del artículo 524".

## 8. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS):

### 8.1 ANTECEDENTES PERSONALES. (Complete los recuadros a continuación)

¿HA FUMADO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> CUÁNTOS DIARIOS?: <input type="text"/>	¿TOMA MEDICAMENTOS? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ESPECIFIQUE EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO:	ESTATURA:
¿BEBE ALCOHOL? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> OCASIONALMENTE <input type="checkbox"/>		PESO:

### 8.2 ANTECEDENTES CLÍNICOS

**EN CASO AFIRMATIVO, REGISTRE MOTIVO Y AÑO.**

A. ¿Ha estado hospitalizado o ha sido sometido a cirugías?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
B. ¿Ha sido diagnosticado por enfermedades al corazón o por hipertensión?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
C. ¿Ha sido diagnosticado de Diabetes Mellitus?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
D. ¿Ha sido diagnosticado por enfermedades al aparato digestivo, del riñón, vías urinarias o pulmonares?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
E. ¿Ha sido diagnosticado por enfermedades oncológicas (cáncer), a la sangre o VIH?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
F. ¿Ha estado o está en tratamiento con Psiquiatra o Neurólogo?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
G. ¿Está actualmente en control por alguna enfermedad? Indique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
H. ¿Tiene tratamientos médicos o quirúrgicos pendientes? Indique cuál	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
I. ¿Se ha realizado el control de próstata o antígeno prostático o ginecológico?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha: <input type="text"/> Resultado: <input type="text"/>
J. ¿Fue acogido a retiro con algún grado de invalidez o inutilidad?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
K. Si padece alguna enfermedad conocida o diagnosticada no descrita en los cuadros, indíquela:		



MUTUALIDAD  
DEL EJÉRCITO Y AVIACIÓN

# PROPUESTA DE SEGURO DOTAL

N° PROPUESTA	
--------------	--

## 9. AUTORIZACIONES

Confiero a la Mutualidad del Ejército y Aviación las siguientes autorizaciones:

- Para que el cobro mensual de primas de este seguro sea mediante descuento desde mis remuneraciones y/o pensión. Esta autorización se hace extensiva a mi empleador o habilitado para que efectúe todos los descuentos que emanen del contrato de seguro y sus reajustes, conforme a los avisos de cobranza que formule la Mutualidad en cada oportunidad.
- Para que pueda solicitar antecedentes médicos míos como asegurado o de las cargas anexas si fuese necesario.
- Para que envíe la póliza de mi seguro al correo electrónico que he señalado en esta propuesta. En caso de no haber señalado correo electrónico, la póliza será remitida al domicilio particular indicado en esta propuesta de seguro.
- Para que se envíe a mi correo electrónico información y/o publicidad acerca de productos de seguros; préstamos; beneficios sociales u otra información general. Si no está de acuerdo, marque el siguiente recuadro:

NO

## 10. DERECHO A RETRACTO

Si se trata de una propuesta o contrato de seguro celebrado a distancia, el asegurado o contratante tiene derecho a retractarse dentro del plazo de 10 días contados desde que reciba la póliza.

\_\_\_\_\_  
FIRMA EMPLEADO MUTUALIDAD

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

\_\_\_\_\_  
HUELLA DACTILAR

### INFORME MÉDICO (USO EXCLUSIVO DE LA MUTUALIDAD)

ESTATURA		PESO		PORCENTAJES		FECHA	
----------	--	------	--	-------------	--	-------	--

OBSERVACIONES:

SOBRE RIESGO (%)

\_\_\_\_\_  
Firma médico Mutualidad

MUTUALIDAD:	CÓDIGO:	FECHA:
-------------	---------	--------