



MUTUALIDAD  
DEL EJÉRCITO Y AVIACIÓN

# PROPUESTA DE SEGURO VIDA CON PROTECCIÓN ONCOLÓGICA

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) DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO C) SOBREVIDA FALLECIMIENTO D) SOBREVIDA ONCOLÓGICO	UF UF UF UF	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, 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

# PROPUESTA DE SEGURO VIDA CON PROTECCIÓN ONCOLÓGICA

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



# PROPUESTA DE SEGURO VIDA CON PROTECCIÓN ONCOLÓGICA

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. INCORPORACIÓN DE CARGA(S) ANEXA(S): COBERTURA DE DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO.

- 6.1** La edad de incorporación para cargas anexas es de 1 hasta los 59 años y 364 días.
- 6.2** Sólo se podrán anexar cargas que sean hijos, cónyuge o conviviente civil.
- 6.3** Los hijos incorporados como cargas anexas, solo permanecerán como tales hasta los 25 años y 364 días, mientras que los cónyuges o los convivientes civiles, tendrán cobertura hasta los 64 años y 364 días.
- 6.4** La cobertura de diagnóstico oncológico de cada carga anexa es el 10% de la suma asegurada del asegurado titular por dicha cobertura.
- 6.5** Describa en el siguiente espacio cualquier diagnóstico de invalidez o enfermedad y tratamiento médico, que tuviere alguna de las cargas anexas que inscriba.

Descripción: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# PROPUESTA DE SEGURO VIDA CON PROTECCIÓN ONCOLÓGICA

N° PROPUESTA

## 6.6 CARGA(S) ANEXA(S): COBERTURA DE DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO

### DESIGNACIÓN DE CARGAS ANEXAS :

1	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	EDAD
	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO DE SALUD BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/>	PARENTESCO		PRIMA
2	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	EDAD
	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO DE SALUD BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/>	PARENTESCO		PRIMA
3	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	EDAD
	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO DE SALUD BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/>	PARENTESCO		PRIMA
4	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	EDAD
	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO DE SALUD BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/>	PARENTESCO		PRIMA
5	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE	RUN	EDAD
	FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO DE SALUD BUENO <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/>	PARENTESCO		PRIMA

## 7. PROTECCIÓN PROVISORIA POR FALLECIMIENTO.

El asegurado tendrá protección provisoria por fallecimiento, la cual registrará 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.

## 8. PERÍODO DE CARENCIA.

El seguro tiene un período de carencia de 90 días contado a partir de la fecha de vigencia de la póliza. En consecuencia, sólo cubre siniestros cuando el primer diagnóstico clínico de cáncer sea emitido con fecha posterior a los 90 días.

# PROPUESTA DE SEGURO VIDA CON PROTECCIÓN ONCOLÓGICA

N° PROPUESTA	
--------------	--

## 9. EXCLUSIONES

**9.1** 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.

**9.2** El seguro por diagnóstico oncológico tiene las siguientes exclusiones:

- a) Leucemia linfática crónica.
- b) Cualquier clase de cáncer sin invasión e in-situ.
- c) Cáncer a la piel que no sea melanoma maligno.
- d) Enfermedades que no sean cáncer.
- e) Enfermedades preexistentes o situaciones diagnosticadas y conocidas por el asegurado antes de la propuesta del seguro.
- f) Cuando el asegurado y/o carga anexa reclamante haya ocultado o alterado información referida al diagnóstico o estudio de cáncer, generada previo a esta propuesta.
- g) Una infección oportunista o neoplasma maligno (tumor), si al momento del diagnóstico el asegurado tuvo o tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o haya obtenido un resultado positivo a la prueba del virus VIH (virus inmunodeficiencia humano).

Para el propósito de esta exclusión, el término "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida" deberá cumplir con la definición otorgada por la Organización Mundial de la Salud. El SIDA incluye encefatología (demencia) por el VIH, y síndrome de desgaste por el virus de inmunodeficiencia, y por todas las enfermedades causadas y relacionadas al virus VIH positivo.

Las infecciones oportunistas incluyen pero no limitan a la neumonía provocada por pneumocystis carinii, organismo de enteritis crónica, infección vírica o infecciones micro bacteriano diseminado.

El neoplasma maligno incluye pero no se limitan al Sarcoma de Kaposi, al linfoma del sistema nervioso central u otras afecciones malignas ya conocidas o que puedan conocerse como causas inmediatas de muerte en la presencia de una inmunodeficiencia adquirida.

# PROPUESTA DE SEGURO VIDA CON PROTECCIÓN ONCOLÓGICA

N° PROPUESTA

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

**DECLARO QUE LOS ANTECEDENTES Y RESPUESTAS CONSIGNADAS POSTERIORMENTE SON EXACTAS Y VERÍDICAS, LAS 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".

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

### 10.1 ANTECEDENTES PERSONALES (COMPLETE LOS RECUADROS):

¿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:
¿Ha sido rechazada por alguna razón, cualquier solicitud que Ud. haya presentado para un seguro de vida? (Comente en caso que la respuesta sea afirmativa)	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	COMENTE:

### 10.2 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. ¿Se le ha indicado una prescripción o tratamiento médico?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
C. ¿Se ha efectuado algún examen o prueba especial como: radiografías, ecografía, tomografía computarizada, resonancia magnética, endoscopia u otro tipo de prueba?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
D. ¿Le han indicado radioterapia y/o sustancias radioactivas como tratamiento del cáncer?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
E. ¿Se le ha practicado alguna vez una transfusión de sangre?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

### 10.3 HA SIDO DIAGNOSTICADO DE

A. Invalidez total o parcial permanente;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
B. Jaquecas, vértigos, convulsiones, parálisis, traumatismo encéfalo craneal (TEC) o alguna otra enfermedad del sistema nervioso;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
C. Trastornos mentales, neurosis, depresión, esquizofrenia u otra enfermedad mental;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
D. Tumor, cáncer o enfermedades de los ganglios linfáticos, linfoma, cáncer gástrico o algún otro cáncer de cualquier sistema;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
E. Enfermedad (Ojos, oídos, nariz y/o garganta);	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

# PROPUESTA DE SEGURO VIDA CON PROTECCIÓN ONCOLÓGICA

N° PROPUESTA

F. Angina de pecho, infarto de miocardio, soplo cardiaco, palpitaciones, arritmias, trombosis arterial o venosa u otra enfermedad vascular, hipertensión arterial;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
G. Enfermedades de los huesos, articulaciones, reumatismo, lupus u otra enfermedad relacionada con el sistema locomotor y el tejido conectivo;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
H. Asma, enfisema, bronquitis crónica, pleuresía, tos o ronquera persistente, sangramiento, tuberculosis o alguna otra enfermedad respiratoria;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
I. Diabetes, gota, hiperlipidemia, enfermedades de la tiroides u otra alteración al sistema endocrino o metabólico;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
J. Enfermedades renales o de la vejiga, cálculos renales, sangramientos, problemas prostáticos;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
K. Anemia, leucemia u otras enfermedades a la sangre;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
L. Enfermedades infecciosas tales como hepatitis o enfermedades de transmisión sexual, VIH o SIDA;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
M. Enfermedades del hígado o esófago, vías biliares, vesícula, estomago, intestino, páncreas, sangramiento, dificultad o dolor para tragar, cambio de hábito digestivo;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
N. Enfermedades a la piel y anexos tales como Psoriasis, vitíligo;	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
O. Si padece alguna enfermedad conocida o diagnosticada no descrita en los cuadros anteriores, indíquela;		

## 10.4 SÓLO PARA QUIENES CORRESPONDA

A. ¿Se ha realizado examen del antígeno prostático específico (PSA)? Indicar fecha del último control y su resultado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha:	Resultado:
B. ¿Afección a la próstata?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
C. ¿Se ha realizado test de Papanicolau? Indicar fecha y resultado.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Fecha:	Resultado:
D. ¿Ha presentado afección de mamas, útero, cuello uterino u ovarios?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

## 10.5 ANTECEDENTES FAMILIARES

A. ¿Alguien de su familia (Padre, madre, hermanas o hermanos) ha padecido o padece: Accidentes cerebro vasculares, afección renal, diabetes, cáncer, enfermedades al corazón, enfermedades congénitas, hipertensión arterial, trastornos mentales?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Especifique:
--	---	--------------



# PROPUESTA DE SEGURO VIDA CON PROTECCIÓN ONCOLÓGICA

N° PROPUESTA	
--------------	--

## 11. 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 asegurable 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, autorización que hago extensiva a los demás productos vigentes y a la difusión o publicidad de futuros seguros y beneficios sociales.

NOTA. En caso de no haber señalado correo electrónico, la póliza será remitida al domicilio particular indicado en esta propuesta de seguro.

## 12. 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:	