

ADSCRIPCIÓN AL SEGURO DE VIDA COLECTIVO VOLUNTARIO RENTA TEMPORAL

ESTE FORMULARIO DEBE SER ENTREGADO EN LA OFICINA DE PERSONAL DE SU UNIDAD

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

ANTECEDENTES DEL SEGURO:

Tipo de seguro:
SEGURO DE VIDA COLECTIVO VOLUNTARIO RENTA TEMPORAL
Registro S.V.S.: POL 220170207

El Seguro de Vida Colectivo Voluntario Renta Temporal es de carácter Voluntario y cubre la vida del personal que preste servicios al Ejército y Fuerza Aérea de Chile que tenga menos de veinte (20) años de servicios, que estén adscritos al régimen previsional de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional (Capredena) y su muerte no ocurra a consecuencia de un acto de servicio o no genere una pensión afecta al régimen previsional del imponente.

La suma asegurada del Seguro es aquella cantidad de dinero que la Mutualidad paga a título de indemnización por pérdida de la vida del asegurado. La suma asegurada corresponde a sesenta (60) rentas equivalentes al 80% del último sueldo imponible. Las rentas serán pagaderas hasta en un plazo de 60 mensualidades.

El pago es a favor de los beneficiarios designados de acuerdo al artículo 88 bis de la Ley N° 18.948, Ley Orgánica Constitucional de las Fuerzas Armadas, o en su defecto, aquellos específicamente designados por el asegurado; o sus herederos legales.

La prima del 0,413% mensual sobre el sueldo imponible, así como las condiciones particulares de este Seguro, se establecen en el Convenio firmado por los Comandantes en Jefe, que rige a contar del 01.ENE.2018 al 31.DIC.2018.

ANTECEDENTES DEL ASEGURADO:

NOMBRE:

RUN:

Mediante el presente documento manifiesto mi voluntad de adscribirme al Seguro de Vida Colectivo Voluntario Renta Temporal (Pol 220170207) de la Mutualidad del Ejército y Aviación.

En caso de NO adscribirse al Seguro, debe estar consciente que su Familia quedará sin cobertura, en caso de fallecimiento y si desea incorporarse más adelante, la Mutualidad podrá aceptar o rechazar dicha solicitud y requerir previamente Declaración Personal de Salud (DPS) al Asegurado.

MARQUE CON UNA X:

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTENTICACIÓN MINISTRO DE FE
FIRMA, NOMBRE, GRADO Y TIMBRE

FIRMA DEL ASEGURADO

LUGAR Y FECHA