

FORMULARIO CARGAS ANEXAS SEGURO VIDA CON PROTECCIÓN ONCOLÓGICA

INGRESAR

ELIMINAR

MODIFICAR

IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE:

N° RUT:

N° IDENTIFICACIÓN:

N° PÓLIZA:

PLAN:

DIRECCIÓN PARTICULAR :

COMUNA:

CIUDAD:

FONO(S) FIJO:

CELULAR:

EMAIL:

ANTECEDENTES DEL (O LAS) CARGA(S) ANEXA(S)

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	RUT	ESTADO DE SALUD ⁽¹⁾

1) El asegurado podrá eliminar o modificar los antecedentes de las cargas anexas que tenga registradas.

2) Sólo podrá ingresar nuevas cargas anexas para la cobertura oncológica. En estado de salud⁽¹⁾ deberá declarar si la carga anexa ha sido diagnosticada o tiene conocimiento de tener cáncer primario.

ASEGURADO FUE ATENDIDO POR: _____

_____ FIRMA ASEGURADO

N° IDENTIFICACIÓN:	SE TOMÓ NOTA PARA:
N° PÓLIZA:	
PLAN:	REGISTRO:
ESTADO:	FECHA: