



SOLICITUD DE REPACTACIÓN ESPECIAL PARA ASEGURADOS AFECTADOS POR EL COVID-19

FECHA SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO

A. DATOS SOLICITANTE:

NOMBRE COMPLETO			
RUN			
FONO(S)		CELULAR	
EMAIL			

B. Antecedentes y/o motivos aportados por el Asegurado para solicitar en forma excepcional la repactación especial de su(s) préstamo(s):

(Especifique con letra legible o imprenta, cómo fue afectado por la catástrofe)

MARQUE CON UNA "X" LOS PRÉSTAMOS VIGENTES PARA LOS QUE SOLICITA LA REPACTACIÓN:

<input type="checkbox"/> LIBRE DISPONIBILIDAD	<input type="checkbox"/> COPAGO DE SALUD
<input type="checkbox"/> EMERGENCIA	<input type="checkbox"/> UNIVERSAL DE CONSUMO
<input type="checkbox"/> EDUCACIÓN SUPERIOR COMPLEMENTARIO	<input type="checkbox"/> OTRO:

Mutualidad se reserva el derecho de exigir documentación complementaria para autorizar su solicitud.

Para constancia firman:

FIRMA DEUDOR

--

HUELLA DACTILAR

VÍCTOR MIZÓN GARCÍA-HUIDOBRO
GERENTE DE FINANZAS

Realizado por: _____

PROPUESTA DE SEGURO DESGRAVAMEN

N° PROPUESTA:

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

2. ANTECEDENTES DEL PRÉSTAMO

TIPO DE PRÉSTAMO	N°	FECHA DE OTORGAMIENTO	FECHA DE FINALIZACIÓN	MONTO (K)

3. ANTECEDENTES DEL SEGURO: COLECTIVO DE DESGRAVAMEN, REGISTRO CMF. POL220130183

PLAZO DEL SEGURO EN MESES:	SUMA ASEGURADA: El saldo insoluto de la deuda de acuerdo a la tabla de desarrollo del préstamo.	TASA (t) DEL SEGURO (‰): <input type="text"/>
		La prima del seguro es igual a tasa (t) por el monto del préstamo (K)

Nota: La fechas pactadas de otorgamiento y finalización del préstamo determinan el período de cobertura del seguro. En caso que la Mutualidad requiera otros antecedentes médicos, dichas fechas se adecuarán si el seguro fuere aprobado.

4. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES				
RUN	-	FECHA DE NACIMIENTO	DÍA	MES	AÑO	EDAD	ESTADO CIVIL	SEXO
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO CELULAR			E-MAIL			
DIRECCIÓN PARTICULAR		COMUNA						
NOMBRE DE UNIDAD (sólo personal activo)								
DIRECCIÓN UNIDAD		COMUNA UNIDAD						

5. EXCLUSIONES

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

- Suicidio, auto mutilación o auto lesión.
No obstante, la Mutualidad pagará la suma asegurada al beneficiario, si el fallecimiento ocurriera como consecuencia de suicidio, siempre que hubieran transcurrido dos (2) años completos e ininterrumpidos desde la vigencia del seguro.
- Pena de Muerte.
- Enfermedades preexistentes o situación diagnosticada y conocida por el asegurado antes de la propuesta del seguro.
- Encontrarse el asegurado conduciendo vehículos motorizados en estado de ebriedad, o bajo los efectos de cualquier narcótico.
- Participación activa a 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.
- Fisión nuclear, fusión nuclear o contaminación radioactiva.

6. NOTA

Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por la "Mutualidad del Ejército y Aviación en su condición de organismo auxiliar de la previsión social" directamente con "Mutualidad del Ejército y Aviación como Corporación Aseguradora de Vida".



PROPUESTA DE SEGURO DESGRAVAMEN

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".

7. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (DPS):

7.1 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:

7.2 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:		

FIRMA EMPLEADO MUTUALIDAD

FIRMA DEL ASEGURADO

PROPUESTA DE SEGURO DESGRAVAMEN

N° PROPUESTA:

8. AUTORIZACIONES

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

- a) Para que descuente del préstamo la prima única del seguro, y en el evento que el cobro de primas sea mensual, se efectúe mediante descuento desde mis remuneraciones y/o pensión.
Esta autorización se hace extensiva a mi empleador o habilitado para que realice los descuentos que emanen del seguro de desgravamen, conforme a los avisos de cobranza que se formulen en cada oportunidad.
- b) Para que pueda solicitar antecedentes médicos míos como asegurable si fuese necesario.
- c) Para que envíe el certificado 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, el certificado del seguro será remitido al domicilio particular indicado en esta propuesta de seguro.

FIRMA EMPLEADO MUTUALIDAD

FIRMA DEL ASEGURADO

INFORME MÉDICO (USO EXCLUSIVO DE LA MUTUALIDAD)

ESTATURA:	<input type="text"/>	PESO:	<input type="text"/>	PORCENTAJES:	<input type="text"/>	FECHA:	<input type="text"/>
OBSERVACIONES:				<input type="text"/>			
Sobre Riesgo:		(%)		Firma médico Mutualidad			
MUTUALIDAD:			CÓDIGO:			FECHA:	
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>	

CONSTITUCIÓN DE CODEUDOR SOLIDARIO Y FICHA EXPLICATIVA DE SU ROL

(A llenar por Mutualidad)

PRESTAMO N°	
TIPO	

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 20.555, y artículos 12, 13 y 14 del Reglamento sobre Información al Consumidor de Créditos de Consumo, aprobado por Decreto Supremo N°43 de 2012 del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a continuación se informa los deberes y responsabilidades que asume como codeudor solidario del préstamo:

- Por el hecho de constituirse en codeudor solidario, Ud. está garantizando el préstamo de una tercera persona y en la misma condición a que ésta se obligó, es decir, en caso de incumplimiento en el servicio de la deuda, la Mutualidad está legalmente facultada para dirigir la cobranza en su contra, al haber asumido la obligación de pagar la deuda en caso que el deudor principal no lo haga.
- El medio de cobranza a utilizar es por descuento desde su remuneración o pensión, según sea el caso, al solo requerimiento de la Mutualidad del Ejército y Aviación.
- Esta información se otorga con el objeto que sea autorizada por Ud., debiendo quedar un ejemplar en su poder y otro en la Mutualidad del Ejército y Aviación.
- El monto máximo a garantizar debe ser llenado por el codeudor solidario. El monto definitivo a otorgar puede ser inferior al solicitado según capacidad crediticia del deudor, pero en ningún caso por un monto superior al señalado precedentemente.

Importante: El codeudor solidario debe completar íntegramente la información requerida para evitar rechazo del documento. No se aceptarán enmendaduras.

Por el presente instrumento me constituyo en codeudor solidario del préstamo de consumo que a continuación se especifica y respecto del cual, sin perjuicio de los derechos que la ley le confiere como acreedora, otorgo a la Mutualidad del Ejército y Aviación las facultades y autorizaciones que se expresan:

NOMBRE COMPLETO			
RUN		TELÉFONO FIJO / CELULAR	
DIRECCIÓN			
E-MAIL			
ME CONSTITUYO EN CODEUDOR SOLIDARIO DEL PRÉSTAMO DE CONSUMO OTORGADO A DON O DOÑA:	(indica nombre del solicitante del préstamo)		
MONTO MÁXIMO QUE ESTOY DISPUESTO A GARANTIZAR	\$		(Monto en palabras)

- Estoy consciente y autorizo que al monto otorgado puede agregarse la prima del seguro de desgravamen si este es contratado en la Mutualidad, la cual puede ser entre el 1% y el 3,2% del importe total, según sea el caso.
- Autorizo a la Institución pagadora de mi sueldo o pensión descuento cualquier monto vencido y no pagado por el deudor principal.
- Como codeudor solidario acepto eventuales repactaciones o modificaciones en cuanto a plazos y prórrogas, sin que aumente el monto del préstamo.
- Declaro haber tomado conocimiento de la totalidad de las condiciones de otorgamiento del préstamo y las acepto.

El presente instrumento es parte integrante del contrato de préstamo.

FECHA:		

Completar de puño y letra
(Campos Obligatorios)

FIRMA CODEUDOR	
NOMBRE:	
R.U.T.:	

HUELLA DACTILAR

CONSTITUCIÓN DE CODEUDOR SOLIDARIO Y FICHA EXPLICATIVA DE SU ROL

(A llenar por Mutualidad)

PRESTAMO N°	
TIPO	

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 20.555, y artículos 12, 13 y 14 del Reglamento sobre Información al Consumidor de Créditos de Consumo, aprobado por Decreto Supremo N°43 de 2012 del Ministerio de Economía, Fomento y Turismo, a continuación se informa los deberes y responsabilidades que asume como codeudor solidario del préstamo:

- Por el hecho de constituirse en codeudor solidario, Ud. está garantizando el préstamo de una tercera persona y en la misma condición a que ésta se obligó, es decir, en caso de incumplimiento en el servicio de la deuda, la Mutualidad está legalmente facultada para dirigir la cobranza en su contra, al haber asumido la obligación de pagar la deuda en caso que el deudor principal no lo haga.
- El medio de cobranza a utilizar es por descuento desde su remuneración o pensión, según sea el caso, al solo requerimiento de la Mutualidad del Ejército y Aviación.
- Esta información se otorga con el objeto que sea autorizada por Ud., debiendo quedar un ejemplar en su poder y otro en la Mutualidad del Ejército y Aviación.
- El monto máximo a garantizar debe ser llenado por el codeudor solidario. El monto definitivo a otorgar puede ser inferior al solicitado según capacidad crediticia del deudor, pero en ningún caso por un monto superior al señalado precedentemente.

Importante: El codeudor solidario debe completar íntegramente la información requerida para evitar rechazo del documento. No se aceptarán enmendaduras.

Por el presente instrumento me constituyo en codeudor solidario del préstamo de consumo que a continuación se especifica y respecto del cual, sin perjuicio de los derechos que la ley le confiere como acreedora, otorgo a la Mutualidad del Ejército y Aviación las facultades y autorizaciones que se expresan:

NOMBRE COMPLETO			
RUN		TELÉFONO FIJO / CELULAR	
DIRECCIÓN			
E-MAIL			
ME CONSTITUYO EN CODEUDOR SOLIDARIO DEL PRÉSTAMO DE CONSUMO OTORGADO A DON O DOÑA:	(indica nombre del solicitante del préstamo)		
MONTO MÁXIMO QUE ESTOY DISPUESTO A GARANTIZAR	\$		(Monto en palabras)

- Estoy consciente y autorizo que al monto otorgado puede agregarse la prima del seguro de desgravamen si este es contratado en la Mutualidad, la cual puede ser entre el 1% y el 3,2% del importe total, según sea el caso.
- Autorizo a la Institución pagadora de mi sueldo o pensión descuento cualquier monto vencido y no pagado por el deudor principal.
- Como codeudor solidario acepto eventuales repactaciones o modificaciones en cuanto a plazos y prórrogas, sin que aumente el monto del préstamo.
- Declaro haber tomado conocimiento de la totalidad de las condiciones de otorgamiento del préstamo y las acepto.

El presente instrumento es parte integrante del contrato de préstamo.

FECHA:		

Completar de puño y letra
(Campos Obligatorios)

FIRMA CODEUDOR	
NOMBRE:	
R.U.T.:	

HUELLA DACTILAR
