



SOLICITUD DE PRÓRROGA DE PRÉSTAMO DE HASTA 3 CUOTAS A TRAVÉS DE REPACTACIÓN ESPECIAL PARA ASEGURADOS AFECTADOS POR EL COVID-19

FECHA SOLICITUD	DÍA	MES	AÑO

A. DATOS SOLICITANTE:

NOMBRE COMPLETO			
RUN			
TELÉFONOS	FIJO		CELULAR
EMAIL PERSONAL			

B. Antecedentes y/o motivos aportados por el Asegurado para solicitar en forma excepcional la prórroga del cobro mensual de las cuotas pactadas a través de las Instituciones pagadoras de sueldos o pensión, según lo establecido en el contrato y condiciones de préstamos:

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

MARQUE CON UNA "X" EL PRÉSTAMO A PRORROGAR:	
<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	
MARQUE CON UNA "X" EL PERIODO DE NO PAGO (HASTA 3 MESES)	
<input type="checkbox"/> 1 MES	<input type="checkbox"/> 2 MESES <input type="checkbox"/> 3 MESES

Nota: Recordar enviar documento con la propuesta del seguro de desgravamen.

Para constancia firman:

FIRMA DEUDOR

HUELLA DACTILAR

GERENTE COMERCIAL

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 M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
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:

- 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.
- Para que pueda solicitar antecedentes médicos míos como asegurable si fuese necesario.
- 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"/>	