


**SEGURO ING ADICIONALES DE VIDA
OPTATIVOS - VOLUNTARIOS**


Planes	Costo para el afiliado en \$	
	Seguro de Vida Adicional Voluntario Plan "A" UF 200	UF 0.06 + IVA
Seguro de Vida Adicional Voluntario Plan "B" UF 400	UF 0.13 + IVA	\$ 3.036.41 (UF al 02.ENE.2008)

Los seguros de vida adicionales voluntarios son independientes del seguro de vida del plan único colectivo de UF 50.

El afiliado, puede adicionar un seguro de vida de UF 200 (A) ó UF 400 (B) respectivamente lo que debe ser mencionado como contratado individualmente, su costo es de cargo del afiliado y será descontado por planilla. A diferencia del plan único este seguro esta regulado por enfermedad preexistente y requiere del afiliado una declaración de salud en formulario de la compañía. Los beneficiarios también deben declararse por segunda vez y no necesariamente deben ser los mismos que los del plan único.

Si usted esta interesado en suscribir uno de estos planes debe remitir a las oficinas del Servicio de Bienestar los siguientes formularios (completar de puño y letra) adjuntos a este correo:

- Carta Suscripción Adicionales de Vida
- Declaración de Salud
- Declaración de Beneficiarios

Plan	Monto asegurado	Carencia	Otros
Seguro de Vida Adicional Voluntario Plan "A"	UF 200	Tres meses de carencia sólo en la contratación inicial no en las renovaciones	Póliza sólo para titulares de los Servicios de Bienestar, cobertura hasta los 75 años, su contratación será voluntaria por afiliado y no por servicio
Seguro de Vida Adicional Voluntario Plan "B"	UF 400		



**CARTA DE SUSCRIPCION
SEGURO DE VIDA OPCIONAL
CONVENIO MARCO ING**

YO..... RUT.....

UNIDAD..... ANEXO.....

FECHA DE NACIMIENTO.....

Como afiliado(a) al Servicio de Bienestar de la Universidad de Magallanes declaro mi voluntad de adicionar al Plan Único Colectivo un seguro de vida (opcional) de UF 200 (A) o UF 400 (B); cuyo contrato es individual, voluntario y su costo será de mi cargo (descuento por planilla).

Adjunto a la presente solicitud: “Declaración de Salud” y “Designación de Beneficiarios” en formularios de la compañía aseguradora.

Plan Vida “A” (UF 200) UF 0,06 + IVA mensual :

Plan Vida “B” (UF 400) UF 0,13 + IVA mensual :

Firma Socio(a)
Servicio de Bienestar
Universidad de Magallanes

Punta Arenas,

N° POLIZA	N° DPS
-----------	--------

I. DATOS DEL ASEGURABLE / ASEGURADO

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombres		1. Soltero			
RUT		Fecha Nacimiento		Años		1. Fem. 2. Masc.		2. Casado 3. Viudo	
Fono Comercial		Fono Particular		E-Mail		Celular			
Dirección Particular		Calle / Número / Depto. N°		Comuna		Ciudad			
Dirección Comercial		Calle / Número / Depto. N°		Comuna		Ciudad			
Ocupación / Actividad		Giro Empresa		Lugar donde trabaja.		Especifique			

II. SOLO PARA SEGURO DE DESGRAVAMEN

Nombre Institución Crediticia		Refinanciamiento			
Monto del Crédito (UF)		Plazo Original		Moneda del Crédito	
TIPO DE AMORTIZACIÓN	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Trimestral	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual	Otro
TIPO DE CRÉDITO	<input type="checkbox"/> Hipotecario	<input type="checkbox"/> Consumo	Otro		
DISTRIBUCION DEL CRÉDITO	% Deudor	% Codeudor	% Aval		

III. DECLARACION DE SALUD (Esta declaración debe ser llenada de puño y letra del asegurado para que sea válida)

a) ¿Ha padecido, padece, está en estudio, tratamiento y/o tiene cirugía pendiente por alguna de las siguientes enfermedades: diabetes, enfermedad del sistema urinario, cardiovasculares, oftalmológicos, cerebrovasculares, respiratorias, gastrointestinales, neurológicas, psicológicas o psiquiátricas, osteomusculares, hematológicas, hipertensión arterial o presión alta, ginecológicas, infertilidad o esterilidad, cáncer, hepatitis B, hepatitis C, cálculo urinario, cálculo a la vesícula, adicción a drogas y/o alcoholismo, infección por virus HIV o Sida, y/o malformación congénita? Sí No

b) ¿Tiene conocimiento de padecer, haber padecido o estar en estudio de alguna enfermedad o lesión que no se haya aludido en la pregunta a)?

c) ¿Tiene alguna anormalidad o alteración funcional de algún miembro u órgano?

d) ¿Ha estado o está sometido a terapia o tomando medicamento de cualquier tipo?

e) Peso Kg. Estatura Mts

f) Fuma Sí No Cigarros Pipa Puros Cantidad por Día

En caso de responder afirmativamente alguna de las preguntas de la letra a) a la letra d), debe especificar

Letra	Diagnóstico Enfermedad / Cirugía	Fecha Diagnóstico		Tratam. Actual		Fecha último episodio o crisis		Fecha cirugía(s)		Secuelas		Nombre Médico u Hospital
		Mes	Año	SI	NO	Mes	Año	Mes	Año	SI	NO	

IV. DEPORTES Y HOBBIES

¿Practica algún deporte? ¿Cuál? _____ Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Como: Profesional <input type="checkbox"/> Aficionado <input type="checkbox"/>	¿Tiene algún Hobby? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuál? _____
¿Practica alguna actividad o deporte riesgoso como bombero, integrante de Equipo de Socorro, Salvavidas, Patrulla de Ski, Paracaidismo, Andinismo, Montañismo, Alas Delta, Buceo, Carrera de Velocidad, Benjie, etc.? Llenar cuestionario especial Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Especificar _____	¿Utiliza Moto? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Como: Transporte <input type="checkbox"/> Deporte <input type="checkbox"/> Cilindrada _____ cc.
¿Hace uso de la Aviación? Como: <input type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Pasajero <input type="checkbox"/> Ambos Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tipo de Avión: <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Civil <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Línea no regular Frecuencia de Vuelo: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Otro _____	

V. OBSERVACIONES

Tiene algún antecedente que a su saber y/o entender afecta su declaración anterior? Si No
 Si su respuesta es afirmativa, especifique _____

DECLARACION Y AUTORIZACION DEL ASEGURABLE

Declaro bajo juramento o promesa la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que nada he ocultado, omitido o alterado y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía y que una declaración falsa o reticente de mi parte faculta a la Compañía para poner término anticipado del contrato y la libera del pago del Seguro, todo ello de acuerdo a lo dispuesto en el Código de Comercio y en las Condiciones Generales de la Póliza a contratar. Asimismo, autorizo expresamente a cualquier médico, profesional de la salud, institución de salud pública o privada, tribunales de justicia, juez árbitro, y a cualquier otra persona natural o jurídica, pública o privada que cuente con datos, información o antecedentes relativos a mi estado de salud física o psíquica, tales como antecedentes clínicos, informes médicos, y análisis o exámenes de laboratorios clínicos, a entregar dichos datos, información o antecedentes a ING, cuando ésta así lo solicite, para lo cual otorgo mi expreso consentimiento conforme lo dispone la Ley N° 19.628 y el artículo 127 del Código Sanitario.

Asimismo, autorizo a la Compañía a realizar el tratamiento de la información antes señalada, todo ello conforme lo dispone la Ley N° 19.628. La presente autorización y consentimiento se otorga en forma irrevocable y por la vigencia del seguro, incluyendo la evaluación y liquidación del mismo. Por su parte, la Compañía se obliga a guardar estricta reserva y confidencialidad respecto de la información que le sea entregada por este concepto y destinarla exclusivamente a su uso interno y para los fines propios del seguro, todo ello según lo dispone la ley y las Condiciones Generales de la Póliza.

Del mismo modo declaro estar en conocimiento de la disposición del artículo 538 del Código de Comercio, en virtud de la cual me obligo a declarar cualquier variación que se produzca en relación con las declaraciones contenidas en el presente documento y que impliquen una extensión o agravación del riesgo, declaración que deberé hacer dentro de los 5 días hábiles posteriores a aquél que se produjo tal variación.

Esta declaración no otorga cobertura hasta haber sido evaluada y aceptada por parte de la compañía.
 Esta declaración personal de salud tiene una validez de 90 días desde su fecha de emisión.

<p>AUTORIZACION TELESUSCRIPCIÓN</p> <p>El otorgamiento de la cobertura requerirá como condición, para los efectos de la contratación del seguro, una declaración detallada de su estado de salud. Para lo anterior, el solicitante del seguro acepta desde ya que su declaración de salud será dictada telefónicamente por él a un especialista de la empresa externa, en adelante, el Suscriptor, quien, debidamente identificado, bajo reserva y en conversación grabada, le formulará y explicará las preguntas, recibirá sus respuestas, las transcribirá al formulario respectivo y las suscribirá por mandato del solicitante del seguro, el que se entiende conferido desde ya, con la sola firma de la presente autorización.</p> <p>El solicitante del seguro autoriza expresamente a ING Seguros de Vida S.A., o a quien ésta designe, a efectuar el tratamiento de sus datos personales y/o sensibles, con el fin de poder acceder a la suscripción del contrato de seguro.</p> <p>Horario de contacto: <input type="checkbox"/></p> <p>1 09:00 a 14:00 hrs. 4 14:00 a 16:00 hrs. 2 16:00 a 20:00 hrs. 5 20:00 a 21:00 hrs. 3 Indiferente</p> <p>Fecha _____ Firma Asegurado Titular _____</p>	
--	--

_____ Fecha

_____ Firma Asegurable Titular

<p>ACEPTACIÓN DEL RIESGO</p>												
<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td colspan="2">Año</td> <td> </td> </tr> </table>						Día	Mes	Año			V° B°	RATING
Día	Mes	Año										

NUMERO DE POLIZA: 4439 (Universidad de Magallanes)	FECHA DE NACIMIENTO:
NOMBRE DEL ASEGURADO:	RUT:

NOMBRE BENEFICIARIOS	RUT	RELACION	% DEL CAPITAL

Fecha						
-------	--	--	--	--	--	--

Firma Asegurado

Esta designación de beneficiarios es confidencial, pudiendo ser cambiada en el futuro mediante carta certificada. Existe completa libertad en cuanto al número y personas designadas, pudiendo estas ser o no familiares del asegurado. En caso de designarse más de un beneficiario se debe indicar el porcentaje del Capital Asegurado que corresponde a cada uno; en caso de omitirse este detalle se prorrateará el Capital Asegurado en partes iguales entre los designados, con derecho a acrecer.