

PROPUESTA SEGURO EN LÍNEA

Gracias por solicitar tu Seguro RedSalud.

Con la emisión de la presente solicitud no se obtiene cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento en que esta solicitud sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la póliza. Además, recibirás el Certificado de Cobertura en el correo electrónico registrado.

Datos del Seguro

N° de Propuesta: 316916

Plan contratado: Seguro Catastráfico RedSalud Protegido

Capital Asegurado Catastráfico: **UF 30.000** **Deducible Catastráfico:** **UF 60**

Prima mensual: 0,706

Fecha de contratación: 02-06-2021

Información del Medio de Pago: Cargo a cuenta corriente

Datos del Contratante

Nombre: CAMILA ALEJANDRA LEIVA REYES

RUT: 18740732 - K

Fecha de nacimiento: 05-07-1994

Dirección: José Manuel Borgoño 1771

Comuna: MAIPÚ

Región: REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO

Teléfono: 51941809

E-mail: caleiv20@gmail.com

ASEGURADO DEPENDIENTE 1**Nombre:** MATHEO ALEXANDER MORALES LEIVA**RUT:** 24.508.025-5**Fecha de nacimiento:** 14-01-2014**Parentesco:** Hijo**IMPORTANTE**

Al contratar o incorporarte a este seguro de salud, debes tener presente lo siguiente:

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa sólo gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro no sustituye la cobertura que otorga la ISAPRE o FONASA y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
3. Antes de contratar este seguro, es importante que te informes y tengas claridad sobre los siguientes aspectos:
 - Duración de este seguro.
 - Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro.
 - De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro en caso de renovación.
 - En qué casos **NO SE PAGARÁ ESTE SEGURO**.
 - Cuáles son los requisitos para cobrar este seguro.
4. En el siguiente cuadro están resumidas algunos antecedentes importantes que debes considerar al momento de contratar este seguro.

Este seguro:

- No contempla renovación garantizada.
- Sí podrá aumentar la prima (precio), en caso de renovación de la póliza.
- No considera siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.
- No cubre preexistencias.

Nombre Asegurado Titular: CAMILA ALEJANDRA LEIVA REYES**Peso:** 78**Estatura:** 168

Declaro estar en conocimiento acerca de que, en conformidad con la normativa legal vigente y con lo establecido en las condiciones generales de la póliza que rige la cobertura, es mi deber declarar sinceramente todas aquellas circunstancias relativas a mi estado pasado y actual de salud que puedan afectar el riesgo que asumirá la compañía y que pueden constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura.

Declaro también que hasta esta fecha no me ha sido diagnosticada y que no tengo conocimiento de tener Cirrosis Hepática y/o Biliar, Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal Crónica, Lupus Eritematoso Sistémico, Obesidad mórbida (IMC mayor a 40), Trasplante de Órganos, Cáncer (de cualquier tipo o cualquier enfermedad neoplásica), Enfermedad coronaria, Insuficiencia cardíaca, Arritmias, Hipertensión Arterial, Valvulopatías, Miocardiopatías, Hipertensión pulmonar, Aneurismas, Tromboembolismo, Soplos, Asma, Enfisema, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Fibrosis pulmonar, Apnea del sueño, Neumotórax, Tuberculosis, Fibrosis Quística, Artrosis, Artritis reumatoide, Distrofias musculares, Fibromialgia, Hernia, Discopatía, Hemorragia digestiva, Úlcera digestivas, Reflujo, Colitis ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Diverticulitis, Pólipos, Hemorroides, Pancreatitis, Cálculos, Hepatitis, Litiasis renal, Prostatitis, Hiperplasia prostática, Nefropatías, Pielonefritis, Nefritis, Cálculos renales, Nefrectomía, Riñones poliquísticos, Insuficiencia renal, Epilepsia, Meningitis, Convulsiones, Trastornos del habla, Parálisis, Neuropatías, Esclerosis múltiple, Parkinson, Accidente vascular encefálico, Demencia o secuelas de Traumatismo encefalocraneano, Encefalopatías, Cefaleas, Insuficiencia hipofisaria, Insuficiencia suprarrenal, Resistencia a la insulina, Intolerancia a la glucosa, Hipo o hiperglicemia, Hiperinsulinemia, Enfermedades de la tiroides, Gota, Anemias, Hemofilia, Trastornos de la coagulación, Aplasia medular, Presbicia, Hipermetropía, Estrabismo, Cataratas, Ceguera, Glaucoma, Retinopatía, Hipoacusia, Sordera, Otitis crónica, Desviación de tabique nasal, Pólipos, Trastorno del ánimo/humor, Esquizofrenia, Alzheimer, Dependencia a sustancias psicoactivas, Trastornos neuróticos, Trastornos de la alimentación, Crisis de pánico, Trastornos de ansiedad, Psicopatías, Trastornos de personalidad o adaptación, Déficit atencional, Hepatitis, Sida y/o VIH Positivo o otras similares que pueda afectar el riesgo que solicito asumir por este acto a la compañía. En caso de padecer o haber padecido alguna de las enfermedades señaladas precedentemente, declaro sinceramente que ella correspondió a:

Sin informar

Declaro asimismo que acepto y que estoy en conocimiento que en caso de que el siniestro se produzca por algunas de las enfermedades indicadas en esta solicitud, si son preexistentes, así como aquellas que especialmente he declarado, la compañía no estará obligada a pagarlo.

Nombre Asegurado Dependiente 1: MATHEO ALEXANDER MORALES LEIVA

Peso: 39

Estatura: 135

Declaro estar en conocimiento acerca de que, en conformidad con la normativa legal vigente y con lo establecido en las condiciones generales de la póliza que rige la cobertura, es mi deber declarar sinceramente todas aquellas circunstancias relativas a mi estado pasado y actual de salud que puedan afectar el riesgo que asumirá la compañía y que pueden constituir una restricción, limitación o exclusión de cobertura.

Declaro también que hasta esta fecha no me ha sido diagnosticada y que no tengo conocimiento de tener Cirrosis Hepática y/o Biliar, Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal Crónica, Lupus Eritematoso Sistémico, Obesidad mórbida (IMC mayor a 40), Trasplante de Órganos, Cáncer (de cualquier tipo o cualquier enfermedad neoplásica), Enfermedad coronaria, Insuficiencia cardíaca, Arritmias, Hipertensión Arterial, Valvulopatías, Miocardiopatías, Hipertensión pulmonar, Aneurismas, Tromboembolismo, Soplos, Asma, Enfisema, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Fibrosis pulmonar, Apnea del sueño, Neumotórax, Tuberculosis, Fibrosis Quística, Artrosis, Artritis reumatoide, Distrofias musculares, Fibromialgia, Hernia, Discopatía, Hemorragia digestiva, Úlcera digestivas, Reflujo, Colitis ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Diverticulitis, Pólipos, Hemorroides, Pancreatitis, Cálculos, Hepatitis, Litiasis renal, Prostatitis, Hiperplasia prostática, Nefropatías, Pielonefritis, Nefritis, Cálculos renales, Nefrectomía, Riñones poliquísticos, Insuficiencia renal, Epilepsia, Meningitis, Convulsiones, Trastornos del habla, Parálisis, Neuropatías, Esclerosis múltiple, Parkinson, Accidente vascular encefálico, Demencia o secuelas de Traumatismo encefalocraneano, Encefalopatías, Cefaleas, Insuficiencia hipofisaria, Insuficiencia suprarrenal, Resistencia a la insulina, Intolerancia a la glucosa, Hipo o hiperglicemia, Hiperinsulinemia, Enfermedades de la tiroides, Gota, Anemias, Hemofilia, Trastornos de la coagulación, Aplasia medular, Presbicia, Hipermetropía, Estrabismo, Cataratas, Ceguera, Glaucoma, Retinopatía, Hipoacusia, Sordera, Otitis crónica, Desviación de tabique nasal, Pólipos, Trastorno del ánimo/humor, Esquizofrenia, Alzheimer, Dependencia a sustancias psicoactivas, Trastornos neuróticos, Trastornos de la alimentación, Crisis de pánico, Trastornos de ansiedad, Psicopatías, Trastornos de personalidad o adaptación, Déficit atencional, Hepatitis, Sida y/o VIH Positivo o otras similares que pueda afectar el riesgo que solicito asumir por este acto a la compañía. En caso de padecer o haber padecido alguna de las enfermedades señaladas precedentemente, declaro sinceramente que ella correspondió a:

No se informa enfermedad

Declaro asimismo que acepto y que estoy en conocimiento que en caso de que el siniestro se produzca por algunas de las enfermedades indicadas en esta solicitud, si son preexistentes, así como aquellas que especialmente he declarado, la compañía no estará obligada a pagarlo.

Para mayor información escribenos a segurosredsalud@metlife.cl o llámanos al **600 599 9000**.

“El riesgo es cubierto por MetLife Chile Seguros de Vida S.A., Rut 99.289.000-2. Las Condiciones Generales de esta Póliza se encuentran depositadas en la Comisión para el Mercado Financiero, bajo los códigos POL 3 2019 0074 para el seguro de Prestaciones Médicas de Alto Costo y POL 3 2013 0223 para el seguro complementario ambulatorio. La presente información solo representa un resumen de las coberturas, condiciones y limitaciones. El detalle de las condiciones, términos y exclusiones, se encuentran en las Condiciones Generales antes mencionadas y en las Condiciones Particulares”

➔ Resumen de Productos

➔ Cuentas

➔ Créditos

➔ Ahorro e Inversiones

➔ Transferencias

➔ Pagos

➔ Compras

➔ Otros Servicios

Pago Automático

Pago en Línea

Otros Pagos

Liquidación de Pagos

Depositar Pagos

Pago Automático de Servicios - PAC | Cartolas |

Suscribir Pago Automático

1 2 3 4 | 4. Comprobante



Tu Suscripción de Mandato de Pago Automático de Cuentas se ha realizado con éxito. Se ha enviado una copia de este comprobante a tu correo electrónico registrado: **caleiv20@gmail.com**

Comprobante Suscripción de Mandato de Pago Automático de Cuentas

Imprime este comprobante para cualquier consulta posterior. También puedes guardar una copia

Cliente:	CAMILA ALEJANDRA LEIVA REYES
Rut:	18.740.732-K
Empresa - Servicio:	METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA SA
Número Cuenta de Cargo:	Cuenta RUT - 0018740732
E-mail Cliente:	caleiv20@gmail.com
Poliza:	1874073217958
Monto Máximo en UF:	1,0000

Fecha y Hora

02/06/2021 - 19:17:34 hrs.



Imprimir



Exportar



REPUBLICA DE CHILE



500391805329

CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Uso exclusivo para ASIGNACION FAMILIAR

Circunscripción : SANTIAGO
Nro. inscripción : 192 Registro : S Año : 2014
Nombre inscrito : MATHEO ALEXANDER MORALES LEIVA

R.U.N. : 24.508.025-5
Fecha nacimiento : 14 Enero 2014
Hora nacimiento : 01:09
Sexo : Masculino
Nombre del padre : JONATHAN MANUEL MORALES BECERRA

R.U.N. del padre : 17.837.479-6
Nombre de la madre : CAMILA ALEJANDRA LEIVA REYES

R.U.N. de la madre : 18.740.732-K
* PARA SER PRESENTADO EN INSTITUCIONES PREVISIONALES *

FECHA EMISIÓN: 2 Junio 2021, 14:05.

Certificado Gratuito

OBS: La hora se incluye respecto de nacimientos inscritos con comprobante de parto desde el año 2000 a la fecha

Verifique documento en www.registrocivil.gob.cl o a nuestro Call Center 600 370 2000, para teléfonos fijos y celulares. La próxima vez, obtén este certificado en www.registrocivil.gob.cl.



Timbre electrónico SRCel



Víctor Rebolledo Salas
Jefe de Archivo General (s)
Incorpora Firma Electrónica
Avanzada

Re: SEGURO RED SALUD PROTEGIDO



From [Camila Leiva](#) on 2021-06-02 13:38

 [Detalles](#)  [Sólo texto](#)

confirmando que lo he recibido

El mié., 2 de junio de 2021 11:53 a. m., Nancy Enco

<nancy.enco@segurosclinica.cl> escribió:

Buen día Camila Leiva , espero se encuentre bien!

Le escribo para compartir información del seguro y los beneficios que este trae, para usted.

Como información relevante este seguro se activa después que su Isapre o Fonasa proceda, y le permitirá reembolsar hasta 100% de los gastos médicos hospitalarios o ambulatorios, según la prestación.

Hoy, nos acercamos a ti para contarte que hemos decidido extender por todo el año 2021 la cobertura asociada a la Pandemia Covid-19, por lo que cubriremos durante todo este y el próximo año, los gastos médicos incurridos por dicho diagnóstico. A todos nuestros nuevos clientes se cubrirán los gastos médicos a raíz de un diagnóstico por COVID-19 una vez