

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: 316829

Plan contratado: Seguro Catastrófico + Complementario Ambulatorio

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

Capital Asegurado Complementario: UF 60 **Deducible Complementario:** UF 0

Prima mensual: 0,765

Fecha de contratación: 02-06-2021

Información del Medio de Pago: Cargo a cuenta corriente

Datos del Contratante

Nombre: felipe sebastian morales leon

RUT: 15722944 - 3

Fecha de nacimiento: 14-12-1983

Dirección: pipiranga 5696

Comuna: SAN MIGUEL

Región: REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO

Teléfono: 64277983

E-mail: felipe.moralesleon@gmail.com

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: felipe sebastian morales leon

Peso: 110

Estatura: 183

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:

Enfermedad: higado graso / **Fecha Diagnosticada:** 01-2000 / **Condicion Actual:** De alta / **Tratamiento Actual:** sin tratamiento

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"

LA DE
DENTIDAD



REPÚBLICA DE CHILE

SERVICIO DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICACIÓN



APELLIDOS

MORALES
LEÓN

NOMBRES

FELIPE SEBASTIÁN

NACIONALIDAD

CHILENA

SEXO

M

FECHA DE NACIMIENTO

14 DIC 1983

NÚMERO DOCUMENTO

522.922.591

FECHA DE EMISIÓN

29 OCT 2020

FECHA DE VENCIMIENTO

14 DIC 2025

FIRMA DEL TITULAR

RUN 15.722.944-3



Comprobante Suscripción de Mandato de Pago Automático de Cuentas

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

Cliente:	FELIPE SEBASTIAN MORALES LEON
Rut:	15.722.944-3
Empresa - Servicio	METLIFE CHILE SEGUROS DE VIDA SA
Número Cuenta de Cargo	Cuenta RUT - 0015722944
E-mail Cliente	felipe.moralesleon@gmail.com
Poliza	1572294417958
Monto Máximo en UF	0,7650

Fecha y Hora

02/06/2021 - 15:37:12 hrs.



----- Original Message -----

Subject: Re: Seguro REDSALUD Protegido/ Metlife

Date: 2021-06-02 19:42

From: Felipe Morales <felipe.moralesleon@gmail.com>

To: haydy andrade <haydy.andrade@segurosclinica.cl>

Recibí conforme

El mié., 2 jun. 2021 15:41, haydy andrade <haydy.andrade@segurosclinica.cl> escribió:

Buenas tardes. Estimado Felipe Morales, Espero se encuentre bien.

De acuerdo a lo solicitado envío cotización e información con las principales características del Seguro **REDSALUD PROTEGIDO**. La presente información sólo representa un resumen de las coberturas, condiciones del Seguro RedSalud Protegido. El detalle de las condiciones, términos y exclusiones se encuentra en las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

- El Seguro RedSalud Protegido le reembolsa la diferencia a pagar, una vez que ha operado su Sistema de Salud Previsional, **Isapre o Fonasa** por hasta un 100% de los gastos médicos hospitalarios o ambulatorios efectivamente incurridos en Clínicas y Centros Médicos RedSalud. Sin Previsión 50%
- Cobertura hasta **UF 30.000** por evento y por asegurado.
- Deducible por evento de **UF 60** hasta antes de cumplir los 70 años, posterior a ello cambiarán los valores según tramo de edad. (El deducible se aplica sobre los gastos una vez que opera el Sistema de Salud Previsional del asegurado).
- Beneficio de deducible Costo "0" para las siguientes enfermedades graves, cirugías y procedimientos hasta antes de cumplir los 70 años de edad.