

Renueva Póliza N°

Proforma Folio N°

CONTRATANTE

Nombre

Rut

Dirección

Comuna / Ciudad

E-Mail

Teléfono

ASEGURADO: (Si es distinto al Contratante)

Nombre

Rut

Dirección

Comuna / Ciudad

E-Mail

Teléfono

BENEFICIARIO:

Nombre

Rut

SISTEMA DE NOTIFICACIÓN - REQUISITO PARA LA EMISIÓN

El asegurado autoriza a la compañía a efectuar las notificaciones asociadas a esta póliza por el siguiente medio:

E-Mail al correo electrónico

Carta a la siguiente dirección

Otro

PLANES

Plan	Cobertura	Monto a asegurar por persona	Cantidad de personas	Tasa	Monto Total a Asegurar
PLAN A	Muerte accidental	UF			
PLAN B	Incapacidad permanente	UF			
PLAN D	Gastos asistencia médica (*)	UF			

(*) El monto máximo a asegurar por persona en el Plan D es hasta el 10% del monto asegurado por persona en el Plan A.

COBERTURAS

Según condiciones generales de la Póliza de Accidentes Personales inscrita en el registro de pólizas de la SVS, bajo el código POL 320130667.

CUESTIONARIO

1. ¿Cuáles son sus actividades?
2. ¿Trabaja usted con maquinaria pesada?
3. ¿Realiza trabajos en altura o subterráneos?
4. ¿Ha sufrido alguna vez un accidente o ha padecido de alguna enfermedad de gravedad?
5. ¿Practica usted algún deporte de alto riesgo?
6. ¿Maneja usted vehículos motorizados?
7. ¿Qué deporte y otros riesgos adicionales deben ser incluidos con primas adicionales?
8. ¿Ha sido alguna vez rechazado para un seguro de Accidentes Personales?

PERIODO DE DURACIÓN DEL CONTRATOVigencia Inicio
Desde 12:00hrsVigencia Término
Hasta 12:00hrs

Prima Neta

IVA

% Comisión

Prima Bruta

EXCLUSIONES

- ☒ Todas las señaladas en las condiciones generales de la póliza y en sus cláusulas adicionales.
- ☒ Personal y tripulación de aerolíneas.
- ☒ Falta intencional (entendida como duelo, suicidio, intento de suicidio y otros similares).
- ☒ Todo tipo de enfermedad y dolencia y cuidado médico.
- ☒ Actividades deportivas profesionales.
- ☒ Participación en todo tipo de concursos de velocidad distintos a aquellos a pie.
- ☒ Todo seguro que cubra fuerzas armadas, ejércitos y grupos de defensa.
- ☒ Policías, guardias de prisión, bomberos, con la excepción de guardias que no pueden portar armas de fuego.
- ☒ Muerte o desmembramiento accidental resultante del consumo de alcohol o drogas.
- ☒ Empleados de minas subterráneas.
- ☒ Trabajos peligrosos y la práctica de riesgos deportivos, tales como: carreras en auto, carreras de motores y carreras de lancha motoras, boxeo, competencias de surf y windsurf, navegación a vela de larga distancia botes de navegación de grandes cruceros, andinismo, rappel y espeleología. Escalada libre (montaña vertical o muralla artificial), buzos profesionales, buzos amateur, sumergidos en profundidades que excedan 40 metros, bobsleigh.
- ☒ Salto en bungee, caza, carreras de caballo y salto ecuestre, hípica, corridas de toro y rejoneadores, amansamiento de caballos; rodeos, ski (solo saltos), paracaidismo, parapentes (para-gliding y hang-gliding), planeadores, aviación, tal como: aviones ultra livianos, aerostáticos, aviación como hobby, acrobacias aéreas, vuelo temerario, vuelo libre, deporte amateur de vuelo en planeador.
- ☒ Cualquier personal que trabaje: off shore; o como tripulante de una nave, o como tripulante de una aeronave.

ANTECEDENTES DEL PAGO

FORMA DE PAGO		DIA DE PAGO	FACTURACIÓN	PAGADOR
Contado		5	No	Contratante
Cuotas		10	Si	Asegurado
Cheques		15		Otro (indicar datos)
PAC Vigente	Nuevo	20	Anticipada	Nombre
PAT Vigente	Nuevo	25	Posterior al pago	RUT
				Dirección

Contado: efectivo 2% de descuento o 3 cheques al día, 30 y 60 días sin descuento - Interés mensual 0,48% para pagos en cuotas, cheques, PAC y PAT

NOTA IMPORTANTE

Con la emisión de la presente Propuesta, no se obtiene cobertura alguna al riesgo que se procura asegurar. La cobertura comienza a regir únicamente a partir del momento en que esta Propuesta sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la Póliza. Esta Propuesta forma parte integrante de las condiciones particulares de la póliza y de sus endosos.

DECLARACIÓN DE SINCERIDAD

Por este medio declaro y confirmo la veracidad de las declaraciones proporcionadas en este documento, que están completas y son verídicas, y me doy por enterado que cualquier declaración falsa u omisión deliberada implicará la nulidad del seguro.

CORREDOR NOMBRE
AGENTE RUT
FIRMA

CONTRATANTE FIRMA

FECHA