

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

ANTECEDENTES ACADÉMICOS

Especialidad

Reconocida por CONACEM

SI

NO

Examen EUNACOM

NO

SI

Aprobado

Reprobado

Nacionalidad

Fecha de Nacimiento

Nombre de la Universidad que entregó el Título

Año en que terminó los estudios

Año de Certificación

Convalidación de títulos (sólo extranjeros) Entidad

Año

ANTECEDENTES LABORALES

Ejercicio Liberal de la Profesión

SI

NO

SINIESTRALIDAD

¿Ha sido afectado por fallo vigente, por faltas graves a la ética profesional?

NO

SI

¿Ha recibido reclamos o amenazas en el último año?

NO

SI

En caso de haber respuestas afirmativas con relación a la siniestralidad, por favor entregue información adicional al respecto.

COBERTURA

Según condiciones generales de la póliza de Responsabilidad Civil Profesional Médica, POL 120130181.

Planes

Según Cláusula Adicional que contiene PLAN C, CAD 320131370, Adicional a la Póliza de Accidentes Personales POL 320130667

Monto a Asegurar

UF 2.500.-

UF 5.000.-

UF 7.000.-

De estos montos hasta un 20% podrá estar destinado a gastos de Defensa Penal, monto que se deducirá del monto asegurado ante una eventual indemnización.

Monto Asegurado Renta Mensual	PLAN
UF 30.-	A
UF 60.-	B
UF 90.-	C
UF 120.-	D
UF 150.-	E
UF 180.-	F
UF 210.-	G
UF 240.-	H
UF 270.-	I
UF 300.-	J

Condiciones de Asegurabilidad: Este seguro es válido exclusivamente para profesionales independientes con título universitario, menores a 65 años de edad.

PERIODO DE DURACIÓN DEL CONTRATO

Vigencia Inicio

Vigencia Término

Desde 12:00hrs

Hasta 12:00hrs

Prima Neta

IVA

Prima Bruta

% Comisión

TABLA DE INDEMNIZACIÓN

N° de días Incapacitado	Porcentaje de Renta Mensual
11	5%
12	10%
13	15%
14	20%
15	25%
16	30%
17	35%
18	40%
19	45%
20	50%

N° de días Incapacitado	Porcentaje de Renta Mensual
21	55%
22	60%
23	65%
24	70%
25	75%
26	80%
27	85%
28	90%
29	95%
30	100%

EXCLUSIONES

- ☒ Todas las señaladas en las condiciones generales de la póliza y en sus cláusulas adicionales.
- ☒ La falta de éxito de servicios médicos prestados.
- ☒ El uso por dentistas y cirujanos dentales de anestesia general o procedimientos llevados a cabo bajo anestesia general a menos que sean realizados en un hospital acreditado y licenciado.
- ☒ Tratamientos o servicios prestados para provocar o evitar gravidez o procreación o alteraciones genéticas, incluyendo pero no limitado a operaciones para producir esterilidad, fertilización in vitro y/o abortos o concepciones.
- ☒ Siniestros que se produzcan de la ejecución o recomendación de alguna operación para producir esterilidad, a menos que sea indicado patológicamente.
- ☒ Siniestros que se produzcan por el uso de drogas para bajar de peso.
- ☒ Siniestros por cirugía cosmética / estética excepto cuando es necesario luego de un accidente o para corregir una deformidad congénita.
- ☒ Siniestros respecto a pérdida o pérdidas causadas por productos para implantación interna o inyección en humanos, conteniendo sólidos, líquidos o silicona en gel dentro de una membrana u otro, incluyendo – pero no limitado a – implantes mamarios, o constituidos por líquido o silicona en gel para inyectarse directamente en el tejido. Esto también se extiende a la respectiva bolsa, sobre o cobertura de cualquier material que sea.
- ☒ Siniestros causados directa o indirectamente por prueba, modificación, adquisición, ganancia, preparación, procesamiento, manufactura, manejo, distribución, almacenaje, reemplazo, aplicación de o uso de: humanos, animales (muertos o vivos) y sus órganos, su sangre, sus células, sus de todo tipo y cualquier derivado de ellos directo o indirecto, incluyendo biosíntesis (recombinación de genes) y productos relacionados secreciones.
- ☒ La infección con o tratamiento de SIDA.
- ☒ La operación de bancos de sangre, excepto cuando éstos sólo proveen sangre o productos sanguíneos para las cirugías aseguradas por la presente.
- ☒ Servicios prestados a menos que el prestatario haya pasado exitosamente los exámenes profesionales necesarios y tenga una licencia / permisos válidos para prestar servicios específicos según lo requiere la ley o estatuto local.
- ☒ Daño de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por o contribuido o surgido de radiación o radioactividad.
- ☒ Siniestros en respecto a compensación de trabajadores y/o responsabilidad de empleadores.
- ☒ Responsabilidad de directores y jefes de servicio.

CARENCIA

- ☒ Este seguro de renta no otorga beneficios los 10 primeros días de licencia médica por cada evento.

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