

## Solicitud de incorporación seguro de escolaridad

**CHILENA**  
**CONSOLIDADA**  
*Miembro de Zurich Insurance Group*

Nº de póliza: \_\_\_\_\_

Antecedentes del contratante:

Nombre del colegio: **Colegio San Agustín**

RUT: 65.035.223-8

Antecedentes del asegurado:

Nombre: \_\_\_\_\_ RUT: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_F \_\_\_M Estatura (cm): \_\_\_\_\_ Peso (kg): \_\_\_\_\_

\_\_\_ Primer sostenedor

\_\_\_ Segundo sostenedor

Alumno(s) beneficiarios del seguro:

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre(s)	RUT	Fecha nacimiento	Curso
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Actividad y deportes que realiza asegurado:

\_\_\_ Oficina \_\_\_ Laboratorio \_\_\_ Terreno \_\_\_ Obras \_\_\_ Vigilante \_\_\_ Otro

Detalle actividad realizada \_\_\_\_\_

¿Practica deportes riesgosos?

NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ ¿Cuáles?

---

Los deportes que haya declarado serán excluidos de cobertura, si entre tales deportes no se menciona el alpinismo y andinismo; carrera de autos, motos, lanchas y caballos; buceo, alas delta y parapente; jeep fun race; paracaidismo; bungee; estudiante piloto de aviación, rally, éstos serán igualmente excluidos de cobertura.

Por otra parte, si la compañía así me lo ofrece, acepto que se recargue la prima del seguro para incluir alguno de los deportes declarados.

## Solicitud de incorporación seguro de escolaridad



### Declaración de salud del asegurado:

Por la presente declaro que, a esta fecha, no tengo conocimiento de que padezco, o de que me haya sido diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades: diabetes, enfermedades al riñón, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, enfermedades coronarias o soplos cardíacos, arritmias, sobrepeso u obesidad, enfermedades del pulmón, cáncer, hepatitis (excepto la A), enfermedades gastrointestinales como cirrosis hepática, úlcera gástrica, colitis ulcerosa, enfermedades hematológicas como leucemia, linfoma o anemia (excepto por falta de hierro); desórdenes nerviosos o mentales, SIDA, VIH positivo, síndrome de Down y enfermedades neurológicas como accidentes vasculares cerebrales, epilepsia y enfermedad de Alzheimer.

Entiendo y concuerdo que ninguno de los beneficios de este seguro operará si la causa del fallecimiento sea o provenga de una enfermedad que me haya sido diagnosticada o que he conocido con anterioridad a la fecha de la suscripción de esta propuesta. Asimismo, autorizo a Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., a solicitar a cualquier médico, hospital, clínica u otra institución, información sobre mi estado de salud. Finalmente declaro, que no he sido rechazado por alguna compañía aseguradora de vida durante los últimos 24 meses.

En caso de estar en conocimiento de que padece alguna enfermedad, sea que la haya mencionado o no en la presente declaración, favor de especificar a continuación (diagnóstico, fecha de diagnóstico/tratamiento, duración del tratamiento y secuelas o consecuencias del mismo, médico tratante/establecimiento, etc.).

---

---

---

---

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, así como aquellas que especialmente he declarado, la compañía no estará obligada a pagarlo.

### Consentimiento del asegurado:

Declaro consiente, mediante mi firma, y en concordancia con lo establecido en el artículo 589 del Código de Comercio, que contrato un seguro de vida, en beneficio de las personas aquí indicadas.

\_\_\_\_\_  
Firma y huella del asegurado

Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A.

Servicio de atención al cliente: 600 600 9090

[www.chilena.cl](http://www.chilena.cl)