

# SOLICITUD DE INCORPORACIÓN SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SALUD



**IMPORTANTE:** Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguros colectivo, cuyas condiciones han sido convenidas por el contratante directamente con la Compañía de Seguros.

Fecha Recepción Compañía:	dd/mm/aaaa
---------------------------	------------

CONTRATANTE	RUT	N° PÓLIZA	GRUPO

I. ASEGURABLE TITULAR							
Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno		RUT	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)		Sexo (F/M)	Estado Civil		Sistema Previsional de Salud (Isapre o Fonasa)		Actividad / Profesión
Dirección Particular				N°	N° Casa / Depto.		Sector / Población / Villa
Comuna		Ciudad		Teléfono		E-mail	
Peso (Kgs.)	Estatura (Mts.)	Información Bancaria	<input type="checkbox"/> Corriente	<input type="checkbox"/> Ahorro	<input type="checkbox"/> Vista	N°	Banco
Fecha Vigencia			Fecha Ingreso a Empresa			Capital UF	Renta

II. ASEGURABLES ADICIONALES PARA EL SEGURO DE SALUD							
Nombre y Apellidos	RUT	Fecha de Nacimiento	Sexo (F/M)	Relación / Parentesco	Isapre / Fonasa	Peso (Kg.)	Estatura (Mts.)

III. BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA						
Nombre y Apellidos	RUT	Fecha de Nacimiento	Sexo (F/M)	Relación / Parentesco	% de Beneficiario	Dirección / Correo electrónico

## IV. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (debe ser llenado de puño y letra del asegurable titular)

¿Ha sido usted o algunos de los asegurables adicionales propuestos diagnosticado por un médico o ha estado en tratamiento u hospitalizado o tiene conocimiento de padecer o haber padecido alguna de las siguientes enfermedades o situaciones?: Hipertensión Arterial (HTA), Enfermedad Coronaria, Miocardiopatía, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Cardíaca, Arritmia Cardíaca, Valvulopatía Cardíaca Aneurisma, Hipertensión Pulmonar, Insuficiencia Venosa (ejemplo várices), Enfermedad obstructiva de arterias periféricas, Estenosis u Oclusión de las Arterias Coronarias, Enfermedad Obstructiva Crónica, Asma, Fibrosis Pulmonar, Tuberculosis, Bronquiectasia, Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal Crónica, Nefropatía Hipertensiva, Glomerulopatías, Cirrosis Hepática, Daño Hepático Crónico, Hepatitis Crónica, Pancreatitis Crónica, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Síndrome Ulceroso Gastrointestinal, Accidente Vascular Encefálico, Hemiplejía, Hemiparesia, Epilepsia, Parkinson, TEC Secuado, Neuropatía, Periférica, Bocio, Tumor Cerebral, Pólipos Intestinales, Adenoma Prostático, Histiocitosis, Hemofilia, Anemia Severa, Alzheimer, Encefalopatía Crónica, Secuela Traumática a la Columna, Discopatía de Columna, Hernias de Columna, Estenorraquis, Espóniloartrosis, Artritis, Lupus Eritematoso, Esclerosis Múltiple, Artrosis, Tendinopatía, Fibromialgia, Parálisis Permanente, Distrofia Muscular, Cataratas, Glaucoma, Retinopatía, Maculopatía, Alta Miopía, Hipoacusia, Neurocirugía, Injerto Aórtico, Revascularización Coronaria, Cirugía de Válvulas Cardíacas, Trasplante de Órganos Mayores, Angioplastia por Balón, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

En caso que usted o alguno de los asegurables adicionales propuestos padezca, haya padecido, le haya sido diagnosticada, o esté en conocimiento de haber padecido o padecer actualmente algunas de las enfermedades o situaciones antes enunciadas, deberá especificar a continuación, en el siguiente cuadro especialmente destinado al efecto, los siguientes datos:

Nombre Asegurable	Enfermedad o Diagnóstico	Fecha Diagnóstico	Condición Actual de Salud	Tratamientos	Otros Antecedentes o Deportes Riesgosos

Asimismo, en caso que usted o alguno de los asegurables adicionales propuestos padezca, haya padecido, le haya sido diagnosticada, o esté en conocimiento de haber padecido o padecer actualmente otras patologías o diagnósticos no asociados ni relacionados con las anteriores, favor especificar a continuación, en el siguiente cuadro especialmente destinado al efecto, los siguientes datos:

Nombre Asegurable	Enfermedad o Diagnóstico	Fecha Diagnóstico	Condición Actual de Salud	Tratamientos	Otros Antecedentes o Deportes Riesgosos

Declaro mi entera conformidad a la presente Declaración Personal de Salud y a cada una de sus preguntas y respuestas señaladas, las cuales he entendido y contestado en forma completa, veraz, sincera y sin reticencias. Entiendo y acepto que esta declaración forma parte integrante del contrato de seguro y es esencial para la validez del mismo. Comprendo y acepto que cualquier declaración falsa, errónea o una mera reticencia o inexactitud en cuanto a las respuestas que he entregado puede implicar la nulidad del contrato de seguro y que, en la medida que se trate de circunstancias determinantes, facultarán a la compañía a rescindir o poner término al contrato o bien, rechazar el pago de la indemnización, en conformidad con el Artículo 525 del Código de Comercio. Asimismo, autorizo a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. para que me solicite la práctica de exámenes médicos, en conformidad con el artículo 590 del Código de Comercio.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma Asegurable Titular

## V. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Por este acto, y según lo dispuesto en la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones, autorizo expresamente a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. para que haga tratamiento, almacene, transmita y comunique mis datos personales y la información que le he proporcionado voluntariamente, a su matriz, filiales, sociedades coligadas, empresas relacionadas, sociedades del Grupo Empresarial al que pertenece y terceros prestadores de servicios, estén ubicados dentro o fuera de Chile, con el propósito de que tanto MetLife Chile Seguros de Vida S.A. como dichas entidades i) me contacten y pongan a mi disposición, en la forma que estimen pertinente, la más completa información y oferta de sus productos y servicios; ii) procedan al almacenamiento y tratamiento de mis datos personales y de mi información personal para los objetivos del cumplimiento de este Contrato de Seguro; y iii) hagan efectivos el o los convenios que pudieren estar asociados a los seguros que he contratado.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma Asegurable Titular

## VI. CONSENTIMIENTO USO CANALES REMOTOS

Por este acto, autorizo expresamente a que cualquier información, comunicación, declaración o notificación que deba efectuar MetLife Chile Seguros de Vida S.A. en virtud del presente contrato de seguros sea realizada a través de correo electrónico o de cualquier sistema de transmisión o registro digital de la palabra escrita o verbal o por cualquier otro medio de comunicación fehaciente. El asegurado declara que conoce, acepta y concuerda que cualquier transacción que se realice en el sitio www.metlife.cl con su rut y clave personal, se entenderá y se reputará, para todos los efectos legales, como realizada por él mismo. En tal sentido, el asegurado se hace enterado y totalmente responsable del uso y seguridad de su clave, no cabiéndole a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. ninguna responsabilidad por el uso indebido de la misma por un tercero distinto del asegurado.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma Asegurable Titular

## VII. AUTORIZACIÓN DE INCORPORACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA

Fecha: ____ / ____ / ____	Firma Asegurable Titular	Firma y Timbre Representante MetLife Chile Seguros de Vida
---------------------------	--------------------------	--

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo propuesto o bien establecer restricciones o limitaciones especiales a la cobertura. En caso de establecerse alguna restricción o limitación de cobertura, ésta deberá constar en una declaración especial que debe ser firmada por el asegurable. En estos casos, la vigencia de la cobertura individual de este seguro sólo comenzará a regir una vez que la Compañía Aseguradora haya aceptado el riesgo y el asegurable haya firmado la declaración especial antes indicada. La declaración especial indicada en el párrafo precedente no será necesaria para aquellos seguros en los cuales el pago de la prima sea íntegramente cubierto por la empresa contratante, pudiendo igualmente la Compañía Aseguradora establecer restricciones o limitaciones de cobertura para el asegurado. Las Condiciones Generales de la póliza con el detalle de las exclusiones del seguro se encuentran incorporadas al depósito de las pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo los códigos POL 2 2013 0163 para la cobertura de vida y POL 3 2013 0223, para la cobertura de Salud.

# SOLICITUD DE INCORPORACIÓN SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SALUD



**IMPORTANTE:** Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguros colectivo, cuyas condiciones han sido convenidas por el contratante directamente con la Compañía de Seguros.

Fecha Recepción Compañía:	dd/mm/aaaa
---------------------------	------------

CONTRATANTE	RUT	N° PÓLIZA	GRUPO

I. ASEGURABLE TITULAR							
Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno		RUT	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)		Sexo (F/M)	Estado Civil		Sistema Previsional de Salud (Isapre o Fonasa)		Actividad / Profesión
Dirección Particular				N°	N° Casa / Depto.		Sector / Población / Villa
Comuna		Ciudad		Teléfono		E-mail	
Peso (Kgs.)	Estatura (Mts.)	Información Bancaria	<input type="checkbox"/> Corriente	<input type="checkbox"/> Ahorro	<input type="checkbox"/> Vista	N°	Banco
Fecha Vigencia			Fecha Ingreso a Empresa			Capital UF	Renta

II. ASEGURABLES ADICIONALES PARA EL SEGURO DE SALUD							
Nombre y Apellidos	RUT	Fecha de Nacimiento	Sexo (F/M)	Relación / Parentesco	Isapre / Fonasa	Peso (Kg.)	Estatura (Mts.)

III. BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA						
Nombre y Apellidos	RUT	Fecha de Nacimiento	Sexo (F/M)	Relación / Parentesco	% de Beneficiario	Dirección / Correo electrónico

## IV. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (debe ser llenado de puño y letra del asegurable titular)

¿Ha sido usted o algunos de los asegurables adicionales propuestos diagnosticado por un médico o ha estado en tratamiento u hospitalizado o tiene conocimiento de padecer o haber padecido alguna de las siguientes enfermedades o situaciones?: Hipertensión Arterial (HTA), Enfermedad Coronaria, Miocardiopatía, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Cardíaca, Arritmia Cardíaca, Valvulopatía Cardíaca Aneurisma, Hipertensión Pulmonar, Insuficiencia Venosa (ejemplo várices), Enfermedad obstructiva de arterias periféricas, Estenosis u Oclusión de las Arterias Coronarias, Enfermedad Obstructiva Crónica, Asma, Fibrosis Pulmonar, Tuberculosis, Bronquiectasia, Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal Crónica, Nefropatía Hipertensiva, Glomerulopatías, Cirrosis Hepática, Daño Hepático Crónico, Hepatitis Crónica, Pancreatitis Crónica, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Síndrome Ulceroso Gastrointestinal, Accidente Vascular Encefálico, Hemiplejía, Hemiparesia, Epilepsia, Parkinson, TEC Secuclado, Neuropatía, Periférica, Bocio, Tumor Cerebral, Pólipos Intestinales, Adenoma Prostático, Histiocitosis, Hemofilia, Anemia Severa, Alzheimer, Encefalopatía Crónica, Secuela Traumática a la Columna, Discopatía de Columna, Hernias de Columna, Estenorraquis, Espóniloartrosis, Artritis, Lupus Eritematoso, Esclerosis Múltiple, Artrosis, Tendinopatía, Fibromialgia, Parálisis Permanente, Distrofia Muscular, Cataratas, Glaucoma, Retinopatía, Maculopatía, Alta Miopía, Hipoacusia, Neurocirugía, Injerto Aórtico, Revascularización Coronaria, Cirugía de Válvulas Cardíacas, Trasplante de Órganos Mayores, Angioplastia por Balón, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

En caso que usted o alguno de los asegurables adicionales propuestos padezca, haya padecido, le haya sido diagnosticada, o esté en conocimiento de haber padecido o padecer actualmente algunas de las enfermedades o situaciones antes enunciadas, deberá especificar a continuación, en el siguiente cuadro especialmente destinado al efecto, los siguientes datos:

Nombre Asegurable	Enfermedad o Diagnóstico	Fecha Diagnóstico	Condición Actual de Salud	Tratamientos	Otros Antecedentes o Deportes Riesgosos

Asimismo, en caso que usted o alguno de los asegurables adicionales propuestos padezca, haya padecido, le haya sido diagnosticada, o esté en conocimiento de haber padecido o padecer actualmente otras patologías o diagnósticos no asociados ni relacionados con las anteriores, favor especificar a continuación, en el siguiente cuadro especialmente destinado al efecto, los siguientes datos:

Nombre Asegurable	Enfermedad o Diagnóstico	Fecha Diagnóstico	Condición Actual de Salud	Tratamientos	Otros Antecedentes o Deportes Riesgosos

Declaro mi entera conformidad a la presente Declaración Personal de Salud y a cada una de sus preguntas y respuestas señaladas, las cuales he entendido y contestado en forma completa, veraz, sincera y sin reticencias. Entiendo y acepto que esta declaración forma parte integrante del contrato de seguro y es esencial para la validez del mismo. Comprendo y acepto que cualquier declaración falsa, errónea o una mera reticencia o inexactitud en cuanto a las respuestas que he entregado puede implicar la nulidad del contrato de seguro y que, en la medida que se trate de circunstancias determinantes, facultarán a la compañía a rescindir o poner término al contrato o bien, rechazar el pago de la indemnización, en conformidad con el Artículo 525 del Código de Comercio. Asimismo, autorizo a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. para que me solicite la práctica de exámenes médicos, en conformidad con el artículo 590 del Código de Comercio.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma Asegurable Titular

## V. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Por este acto, y según lo dispuesto en la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones, autorizo expresamente a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. para que haga tratamiento, almacene, transmita y comunique mis datos personales y la información que le he proporcionado voluntariamente, a su matriz, filiales, sociedades coligadas, empresas relacionadas, sociedades del Grupo Empresarial al que pertenece y terceros prestadores de servicios, estén ubicados dentro o fuera de Chile, con el propósito de que tanto MetLife Chile Seguros de Vida S.A. como dichas entidades i) me contacten y pongan a mi disposición, en la forma que estimen pertinente, la más completa información y oferta de sus productos y servicios; ii) procedan al almacenamiento y tratamiento de mis datos personales y de mi información personal para los objetivos del cumplimiento de este Contrato de Seguro; y iii) hagan efectivos el o los convenios que pudieren estar asociados a los seguros que he contratado.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma Asegurable Titular

## VI. CONSENTIMIENTO USO CANALES REMOTOS

Por este acto, autorizo expresamente a que cualquier información, comunicación, declaración o notificación que deba efectuar MetLife Chile Seguros de Vida S.A. en virtud del presente contrato de seguros sea realizada a través de correo electrónico o de cualquier sistema de transmisión o registro digital de la palabra escrita o verbal o por cualquier otro medio de comunicación fehaciente. El asegurado declara que conoce, acepta y concuerda que cualquier transacción que se realice en el sitio www.metlife.cl con su rut y clave personal, se entenderá y se reputará, para todos los efectos legales, como realizada por él mismo. En tal sentido, el asegurado se hace entera y totalmente responsable del uso y seguridad de su clave, no cabiéndole a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. ninguna responsabilidad por el uso indebido de la misma por un tercero distinto del asegurado.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma Asegurable Titular

## VII. AUTORIZACIÓN DE INCORPORACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA

Fecha: ____ / ____ / ____	Firma Asegurable Titular	Firma y Timbre Representante MetLife Chile Seguros de Vida
---------------------------	--------------------------	--

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo propuesto o bien establecer restricciones o limitaciones especiales a la cobertura. En caso de establecerse alguna restricción o limitación de cobertura, ésta deberá constar en una declaración especial que debe ser firmada por el asegurable. En estos casos, la vigencia de la cobertura individual de este seguro sólo comenzará a regir una vez que la Compañía Aseguradora haya aceptado el riesgo y el asegurable haya firmado la declaración especial antes indicada. La declaración especial indicada en el párrafo precedente no será necesaria para aquellos seguros en los cuales el pago de la prima sea íntegramente cubierto por la empresa contratante, pudiendo igualmente la Compañía Aseguradora establecer restricciones o limitaciones de cobertura para el asegurado. Las Condiciones Generales de la póliza con el detalle de las exclusiones del seguro se encuentran incorporadas al depósito de las pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo los códigos POL 2 2013 0163 para la cobertura de vida y POL 3 2013 0223, para la cobertura de Salud.

# SOLICITUD DE INCORPORACIÓN SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y SALUD



**IMPORTANTE:** Usted está solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguros colectivo, cuyas condiciones han sido convenidas por el contratante directamente con la Compañía de Seguros.

Fecha Recepción Compañía:	dd/mm/aaaa
---------------------------	------------

CONTRATANTE	RUT	N° PÓLIZA	GRUPO

I. ASEGURABLE TITULAR							
Nombre		Apellido Paterno		Apellido Materno		RUT	
Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)		Sexo (F/M)	Estado Civil		Sistema Previsional de Salud (Isapre o Fonasa)		Actividad / Profesión
Dirección Particular				N°	N° Casa / Depto.		Sector / Población / Villa
Comuna		Ciudad		Teléfono		E-mail	
Peso (Kgs.)	Estatura (Mts.)	Información Bancaria	<input type="checkbox"/> Corriente	<input type="checkbox"/> Ahorro	<input type="checkbox"/> Vista	N°	Banco
Fecha Vigencia			Fecha Ingreso a Empresa			Capital UF	Renta

II. ASEGURABLES ADICIONALES PARA EL SEGURO DE SALUD							
Nombre y Apellidos	RUT	Fecha de Nacimiento	Sexo (F/M)	Relación / Parentesco	Isapre / Fonasa	Peso (Kg.)	Estatura (Mts.)

III. BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA						
Nombre y Apellidos	RUT	Fecha de Nacimiento	Sexo (F/M)	Relación / Parentesco	% de Beneficiario	Dirección / Correo electrónico

## IV. DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (debe ser llenado de puño y letra del asegurable titular)

¿Ha sido usted o algunos de los asegurables adicionales propuestos diagnosticado por un médico o ha estado en tratamiento u hospitalizado o tiene conocimiento de padecer o haber padecido alguna de las siguientes enfermedades o situaciones?: Hipertensión Arterial (HTA), Enfermedad Coronaria, Miocardiopatía, Infarto al Miocardio, Insuficiencia Cardíaca, Arritmia Cardíaca, Valvulopatía Cardíaca Aneurisma, Hipertensión Pulmonar, Insuficiencia Venosa (ejemplo várices), Enfermedad obstructiva de arterias periféricas, Estenosis u Oclusión de las Arterias Coronarias, Enfermedad Obstructiva Crónica, Asma, Fibrosis Pulmonar, Tuberculosis, Bronquiectasia, Cáncer, Diabetes, Insuficiencia Renal Crónica, Nefropatía Hipertensiva, Glomerulopatías, Cirrosis Hepática, Daño Hepático Crónico, Hepatitis Crónica, Pancreatitis Crónica, Colitis Ulcerosa, Enfermedad de Crohn, Síndrome Ulceroso Gastrointestinal, Accidente Vascular Encefálico, Hemiplejía, Hemiparesia, Epilepsia, Parkinson, TEC Secuado, Neuropatía, Periférica, Bocio, Tumor Cerebral, Pólipos Intestinales, Adenoma Prostático, Histiocitosis, Hemofilia, Anemia Severa, Alzheimer, Encefalopatía Crónica, Secuela Traumática a la Columna, Discopatía de Columna, Hernias de Columna, Estenorraquis, Espóniloartrosis, Artritis, Lupus Eritematoso, Esclerosis Múltiple, Artrosis, Tendinopatía, Fibromialgia, Parálisis Permanente, Distrofia Muscular, Cataratas, Glaucoma, Retinopatía, Maculopatía, Alta Miopía, Hipoacusia, Neurocirugía, Injerto Aórtico, Revascularización Coronaria, Cirugía de Válvulas Cardíacas, Trasplante de Órganos Mayores, Angioplastia por Balón, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

En caso que usted o alguno de los asegurables adicionales propuestos padezca, haya padecido, le haya sido diagnosticada, o esté en conocimiento de haber padecido o padecer actualmente algunas de las enfermedades o situaciones antes enunciadas, deberá especificar a continuación, en el siguiente cuadro especialmente destinado al efecto, los siguientes datos:

Nombre Asegurable	Enfermedad o Diagnóstico	Fecha Diagnóstico	Condición Actual de Salud	Tratamientos	Otros Antecedentes o Deportes Riesgosos

Asimismo, en caso que usted o alguno de los asegurables adicionales propuestos padezca, haya padecido, le haya sido diagnosticada, o esté en conocimiento de haber padecido o padecer actualmente otras patologías o diagnósticos no asociados ni relacionados con las anteriores, favor especificar a continuación, en el siguiente cuadro especialmente destinado al efecto, los siguientes datos:

Nombre Asegurable	Enfermedad o Diagnóstico	Fecha Diagnóstico	Condición Actual de Salud	Tratamientos	Otros Antecedentes o Deportes Riesgosos

Declaro mi entera conformidad a la presente Declaración Personal de Salud y a cada una de sus preguntas y respuestas señaladas, las cuales he entendido y contestado en forma completa, veraz, sincera y sin reticencias. Entiendo y acepto que esta declaración forma parte integrante del contrato de seguro y es esencial para la validez del mismo. Comprendo y acepto que cualquier declaración falsa, errónea o una mera reticencia o inexactitud en cuanto a las respuestas que he entregado puede implicar la nulidad del contrato de seguro y que, en la medida que se trate de circunstancias determinantes, facultarán a la compañía a rescindir o poner término al contrato o bien, rechazar el pago de la indemnización, en conformidad con el Artículo 525 del Código de Comercio. Asimismo, autorizo a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. para que me solicite la práctica de exámenes médicos, en conformidad con el artículo 590 del Código de Comercio.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma Asegurable Titular

## V. CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Por este acto, y según lo dispuesto en la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada y sus modificaciones, autorizo expresamente a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. para que haga tratamiento, almacene, transmita y comunique mis datos personales y la información que le he proporcionado voluntariamente, a su matriz, filiales, sociedades coligadas, empresas relacionadas, sociedades del Grupo Empresarial al que pertenece y terceros prestadores de servicios, estén ubicados dentro o fuera de Chile, con el propósito de que tanto MetLife Chile Seguros de Vida S.A. como dichas entidades i) me contacten y pongan a mi disposición, en la forma que estimen pertinente, la más completa información y oferta de sus productos y servicios; ii) procedan al almacenamiento y tratamiento de mis datos personales y de mi información personal para los objetivos del cumplimiento de este Contrato de Seguro; y iii) hagan efectivos el o los convenios que pudieren estar asociados a los seguros que he contratado.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma Asegurable Titular

## VI. CONSENTIMIENTO USO CANALES REMOTOS

Por este acto, autorizo expresamente a que cualquier información, comunicación, declaración o notificación que deba efectuar MetLife Chile Seguros de Vida S.A. en virtud del presente contrato de seguros sea realizada a través de correo electrónico o de cualquier sistema de transmisión o registro digital de la palabra escrita o verbal o por cualquier otro medio de comunicación fehaciente. El asegurado declara que conoce, acepta y concuerda que cualquier transacción que se realice en el sitio www.metlife.cl con su rut y clave personal, se entenderá y se reputará, para todos los efectos legales, como realizada por él mismo. En tal sentido, el asegurado se hace entera y totalmente responsable del uso y seguridad de su clave, no cabiéndole a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. ninguna responsabilidad por el uso indebido de la misma por un tercero distinto del asegurado.

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Firma Asegurable Titular

## VII. AUTORIZACIÓN DE INCORPORACIÓN POR PARTE DEL CONTRATANTE DE LA PÓLIZA

Fecha: ____ / ____ / ____	Firma Asegurable Titular	Firma y Timbre Representante MetLife Chile Seguros de Vida
---------------------------	--------------------------	--

MetLife Chile Seguros de Vida S.A. se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo propuesto o bien establecer restricciones o limitaciones especiales a la cobertura. En caso de establecerse alguna restricción o limitación de cobertura, ésta deberá constar en una declaración especial que debe ser firmada por el asegurable. En estos casos, la vigencia de la cobertura individual de este seguro sólo comenzará a regir una vez que la Compañía Aseguradora haya aceptado el riesgo y el asegurable haya firmado la declaración especial antes indicada. La declaración especial indicada en el párrafo precedente no será necesaria para aquellos seguros en los cuales el pago de la prima sea íntegramente cubierto por la empresa contratante, pudiendo igualmente la Compañía Aseguradora establecer restricciones o limitaciones de cobertura para el asegurado. Las Condiciones Generales de la póliza con el detalle de las exclusiones del seguro se encuentran incorporadas al depósito de las pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo los códigos POL 2 2013 0163 para la cobertura de vida y POL 3 2013 0223, para la cobertura de Salud.