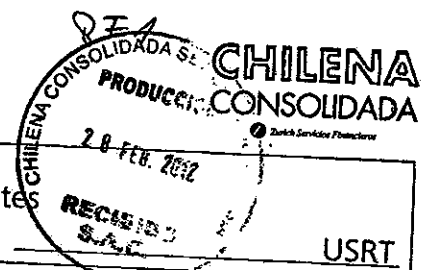


**SOLICITUD DE INCORPORACION DEPENDIENTES
Y/O AUMENTO DE CAPITAL
SEGURO DE PROTECCION FAMILIAR**



MODIFICACION SOLICITADA
(Marcar con una equis)

Incorporación de asegurados dependientes
 Aumento de capital a

USRT

N° SOLICITUD 2997116	N° POLIZA A-1098562	CODIGO	LUGAR DE VENTA San Felipe
CENTRO DE RESPONSABILIDAD Los Andes	CODIGO 8709	INTERMEDIARIO Muzamir Aguilar	
RUT 11.516.664-6	NOMBRES Hancho Lorena	APELLIDOS (PATERNO, MATERNO) Amar Alvarado	
CODIGO	ACTIVIDAD	DIRECC. PARTICULAR (CALLE, N° DEPTO., CONJUNTO HABITACIONAL)	
CODIGO	COMUNA	CODIGO	CIUDAD
			TELEFONO

ASEGURABLES DEPENDIENTES

NOMBRES	APELLIDOS (PATERNO, MATERNO)	FECHA NAC/	SEXO F/M	PARENTESCO
1 Paula Lorena	Amar Amar	28/01/2012	F	Hija
2				
3				
4				
5				

DECLARACION PERSONAL DE SALUD

EN ESTE ACTO, DECLARO QUE YO Y LAS PERSONAS INCLUIDAS COMO DEPENDIENTES EN ESTA SOLICITUD DE SEGURO:

- No padecemos ni hemos padecido ninguna de las siguientes enfermedades: diabetes, cáncer o tumores de cualquier naturaleza, presión arterial elevada, afecciones cardiovasculares, afecciones broncopulmonares, afecciones genitourinarias, dolores al pecho, afecciones o dolencias al sistema circulatorio, al estómago, o al páncreas, úlcera de estómago o de intestino, malformaciones congénitas o preexistencias de cualquier naturaleza, o cualquier enfermedad o accidente que no se aluda expresamente en este documento.
- No tener ni haber sido informado de padecer Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA), complejo relacionado al SIDA (CRS) o condiciones relacionadas al SIDA.
- No padecemos ni hemos padecido de cualquier enfermedad o tumor al pecho, útero, ovarios, afecciones a la próstata u otras de similar naturaleza.
- No estar sometido a ningún tipo de tratamiento a causa de alcoholismo, drogadicción, trastornos mentales o del sistema nervioso, no haber tenido diagnóstico médico que tales tratamientos sean necesarios en nuestro caso.
- No practicar ningún deporte o desarrollar alguna actividad laboral que pueda considerarse como obviamente peligrosa.

En caso que exista respuesta afirmativa a las preguntas antes formuladas, le agradeceremos proporcionar detalles en el siguiente recuadro.

Nombre de la Persona	Afección y sus detalles

Confirmando la exactitud y sinceridad de las declaraciones arriba expresadas, que están completas y son verdaderas y me doy por enterado(a) que estas declaraciones constituyen los elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la Compañía y que una declaración falsa, omisión o reticencia de mi parte, libera a la Compañía del pago del seguro. Además, autorizo expresamente a cualquier médico u otra persona que nos hubiese reconocido o asistido en nuestras dolencias, a entregar a la Compañía todos los datos o antecedentes clínicos de que pudiera tener o haber adquirido conocimiento al prestarnos sus servicios. Además, declaro expresamente estar en conocimiento que la presentación de esta solicitud de seguro no implica en forma alguna la aceptación de la cobertura por parte de la Compañía.

12/02/2012 Lugar y fecha de la declaración

[Firma] Firma del Asegurable

[Firma] Firma del Agente

RESULTADO DE LA EVALUACION

ACEPTADA STANDARD ACEPTADA CON RECARGO POSPUESTA RECHAZADA

Fecha de Evaluación 07 MAR 2012	Suscriptor LAURA LAGORI S.	Firma Suscriptor <u>[Firma]</u>
---	--------------------------------------	------------------------------------

S-0010180-000011-10001

Sra.
SANDRA AMAR ALVARADO
LENGA 4 CONDOMINIO NALCAHUE .
LOS ANDES
LOS ANDES

Referencia **SB/2762399/136013.**

Fecha **07 de Enero de 2015**

Chilena Consolidada
Seguros de Vida

De nuestra Condeideración:

Pedro de Valdivia 195
Providencia
Chile

Código Postal: 750-0911
Mesa Central: +56 2 200 70 00
www.chilena.cl

Teléfono Directo 200 71 66
Fax Directo 200 71 53
juan.moya@zurich.com

En relación a su solicitud de indemnización por la Cobertura de Indemnización por A.Q. ,
póliza A-1098567 a nombre de PAULA L. AMAR AMAR, informamos lo siguiente:

Según las condiciones generales de la póliza se establece que cualquier omisión o
retención, declaración falsa o inexacta relativa al estado de salud, edad, ocupación,
actividades o deportes riesgosos de los asegurados que pudiere influir en la apreciación
del riesgo, faculta a la compañía aseguradora para poner término anticipado al contrato o
rechazar el pago de la indemnización reclamada.

En virtud de lo anterior y de acuerdo a la evaluación médica realizada a los antecedentes
que nos hiciera llegar respecto a la prestación realizada el 22 de septiembre del 2014,
comunicamos que no corresponde el pago de la indemnización, debido a que presenta
antecedentes médicos previos a la vigencia de la póliza contratada y que no fueron
informados en la Declaración Personal de Salud.

Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A.



Juan Antonio Moya Espinoza
SubGerente de Beneficios



Mauricio Escobar Fernández
Supervisor de Beneficios