
Propuesta Seguro APV Max 3.0

N° propuesta	N° póliza
vigencia desde	vigencia hasta

Propuesta Seguro APV Max 3.0

Fecha firma propuesta	Identificación de la Póliza	Modalidad
dd/mm/aaaa	Seguro de vida individual con plan de ahorro previsional voluntario	Modalidad A <input type="checkbox"/> Modalidad B <input type="checkbox"/>

Antecedentes del asegurado

apellido paterno		apellido materno		nombres	
rut	fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	estado civil	conviviente civil <input type="checkbox"/>	declaración de salud se adjunta <input type="checkbox"/>	
		casado <input type="checkbox"/>	soltero <input type="checkbox"/>	viudo <input type="checkbox"/>	
edad actuarial	Para efectos de este seguro, edad actuarial corresponde al cumpleaños más cercano del asegurado próximo o pasado.				
dirección particular (calle, número, depto.)				comuna	
ciudad	región	teléfono/ celular	email		
dirección comercial (calle, número, depto.)				comuna	
ciudad	región	teléf. comercial 1/teléf. comercial 2	dirección envío correspondencia dirección particular <input type="checkbox"/> comercial <input type="checkbox"/>		

Descripción de coberturas y primas

cobertura básica	capital asegurado UF	prima mensual neta	IVA	prima mensual bruta
Seguro de Vida Individual con Plan de Ahorro Previsional POL 220140274				
coberturas adicionales				
Cláusula de Muerte Accidental (MA) CAD320140276				
Cláusula de Invalidez Total y Permanente 2/3 (ITP2/3) CAD320140275				
subtotal prima mensual neta	IVA (sólo coberturas afectas)	subtotal prima mensual bruta	prima en exceso periódica	total prima o prima proyectada mensual
Recibí conforme Anexo de Deducibles, Exclusiones y Costos de Coberturas.		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Pago de primas

periodicidad <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> trimestral <input type="checkbox"/> semestral <input type="checkbox"/> mensual	medio de pago <input type="checkbox"/> pac/pat <input type="checkbox"/> descuento empleador	mandato N° CIC*
---	---	--------------------

*CIC o Costo Incremental de las Coberturas: Es un monto adicional al costo de las coberturas, que se rebajará mensualmente del valor de la póliza, y que corresponde a la compensación del mayor riesgo que asume el asegurador.

Antecedentes adicionales del asegurable

Conforme al N° 1 del artículo 524 y 525 del Código de Comercio, en mi calidad de proponente asegurado, declaro sinceramente todas las circunstancias para que la Cía. Aseguradora pueda identificar a las personas aseguradas y apreciar la extensión de los riesgos:

Forma de Determinar la Indemnización

Modalidad A: Bajo este plan, el monto asegurado a pagar en caso de producirse el fallecimiento del asegurado, será el mayor valor entre el capital asegurado por fallecimiento establecido en las condiciones particulares de la póliza y el valor de la Póliza al último día del mes anterior al fallecimiento, incrementado en un 10% del capital asegurado por fallecimiento.

Modalidad B: Bajo este plan, el monto asegurado a pagar en caso de producirse el fallecimiento del asegurado, será la suma del capital asegurado por fallecimiento establecido en las condiciones particulares de la póliza, más el valor de la póliza al último día del mes anterior al fallecimiento.

Cargos de la póliza (Detalle de cargos que se imputan a las pólizas, definidos en las Condiciones Generales)

	% de cargo						
	prima mensual pagada UF	1° año	2° año	3° año	4° año	5° año	6° año y más
Gasto sobre prima pagada: porcentaje a descontar por la Aseguradora de toda prima pagada excluyendo la Bonificación Fiscal, el que se calcula sobre la prima proyectada mensualizada, la que excluye la prima en exceso ocasional. Prima pagada es el monto recibido por la Aseguradora y disponible para ésta, una vez aceptado el riesgo. Los porcentajes se aplican marginalmente y con tope de UF 5 por pago.	3,00 - 5,00	30,00%	20,00%	15,00%	10,00%	5,00%	0,00%
	5,01 - 7,00	20,00%	15,00%	10,00%	5,00%	0,00%	0,00%
	7,01 - 10,00	15,00%	10,00%	5,00%	0,00%	0,00%	0,00%
	10,01 y más	10,00%	5,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Gasto sobre prima pagada en exceso esporádica	No considera						
Gasto sobre el Valor Póliza Efectivo: Porcentaje que la Aseguradora rebajará del Valor Póliza Efectivo (saldo del Valor Póliza descontando la cuenta de Bonificación Fiscal). El porcentaje se aplica sobre un capital de UF 1.000	cargo mensual (UF)						
	año	1° año	2° año	3° año	4° año	5° año	6° y más
	cargo mensual	0,0459%	0,0459%	0,0417%	0,0417%	0,0334%	0,0334%
	tope mensual UF	0,4583	0,4583	0,4167	0,4167	0,3333	0,3333
Gasto por reasignación de inversiones: gastos relacionados a los traslados entre alternativas de rentabilidad de la póliza, solicitados por el asegurado.	No considera						
Gasto sobre rentabilidad: cobro efectuado por la Aseguradora en relación a la rentabilidad positiva obtenida por las inversiones del Valor Póliza Efectivo.	No considera						

Valor Póliza y Alternativas de Rentabilidad

El formulario de Selección de Alternativas de Rentabilidad firmado por el contratante, se considera parte integral de la presente propuesta.

Saldo Valor Póliza: $SFVP = +/- SIVP + A +/- V + OA - CC - C - R$

SFVP: Saldo final de la cuenta única de inversión en el período, en pesos.

SIVP: Saldo inicial de la cuenta única de inversión en el período, en pesos.

A: Aportes efectuados durante el período informado.

V: Ganancia o pérdida, medida en pesos, de la alternativa de rentabilidad, obtenida durante el período informado.

OA: Otros Aportes efectuados durante el período informado.

CC: Costos de cobertura efectuados durante el período informado.

C: Cargos efectuados durante el período informado.

R: Rescates efectuados durante el período informado.

Comunicación entre las partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá realizarse por correo electrónico, registrado para estos efectos en las Condiciones Particulares o certificados correspondientes, según sea el caso, la cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante, asegurado o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo el contratante, asegurado y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo de su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero.

Sin perjuicio de lo anterior, respecto de la comunicación, declaración o notificación, la Compañía podrá efectuarla por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigida al domicilio de la compañía o al último domicilio del contratante, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza. Las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correos de la carta, según timbre que conste en el sobre respectivo. Las comunicaciones dirigidas a la Compañía de seguros deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la Compañía de Seguros.

Vida Security se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que tiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este compendio se encuentra en www.aach.cl.

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor de Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante del Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Vida Security o a través de la página web www.ddachile.cl.

Declaración y mandato

Declaro haber contestado de puño y letra esta propuesta, que todas las preguntas han sido contestadas sinceramente y no haber ocultado información. Faculto a la Compañía, por la sola firma de éste documento, para que a través de su contraloría médica y en cualquier momento a partir de la fecha de firma del mismo, pueda requerir para evaluación y correcta determinación de las coberturas, toda la información necesaria. Asimismo, libero a los médicos y clínicas que me han atendido, del secreto profesional y me obligo a entregar los antecedentes y certificaciones legales para que puedan ser solicitados por la compañía de seguros.

Declaro conocer y aceptar que cualquier declaración falsa u omisión anulará el contrato de seguro y en dicho evento, no habrá derecho a exigir indemnización.

Declaro además conocer y aceptar que conozco las exclusiones establecidas en las condiciones generales de la póliza, y que estoy en conocimiento que respecto a mi declaración de actividad y deporte que he declarado en esta solicitud, la Compañía establecerá condiciones sobre su cobertura, restricciones o topes, los cuales quedarán estipulados en las respectivas condiciones particulares de la póliza de seguros, de lo cual doy fe de la aceptación por mi parte, bajo lo estipulado por la compañía aseguradora.

Conforme a lo señalado en la Ley N°19.628, relativa a la Protección de la Vida Privada, por este acto vengo en facultar expresamente a la Compañía de Seguros a la que estoy solicitando el(los) presente(s) seguro(s), o quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la Aseguradora para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. Asimismo, consiento expresamente para la Compañía de Seguros tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud, según lo expresa el artículo 127 del Código Sanitario, modificado por la Ley ya citada. Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la compañía aseguradora en el análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y en general todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, con estos mismos fines.

Beneficiarios

Conforme a lo establecido en el artículo N° 5 del DL 3.500 de 1980, a la fecha de fallecimiento del asegurado.

Autorización para solicitar información confidencial

El Asegurado declara que acepta y autoriza a la Compañía de Seguros o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N°19.628 sobre Protección de Datos de carácter personal, Ley N°20.584 sobre confidencialidad y secreto médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y otras.

Aceptación de la presente propuesta

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 que esta propuesta sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la póliza.

El Asegurado que suscribe la siguiente propuesta declara expresamente que ha recibido oportuna y adecuadamente asesorías de parte de la Compañía Aseguradora, respecto de las coberturas y condiciones del contrato de seguro. También declara haber leído y aceptado las observaciones generales en este documento. Este documento se firma en dos copias idénticas, quedando una en poder del contratante.

Firma Asegurado Titular

Firma Intermediario

Uso exclusivo de la compañía de seguros

código	nombre intermediario 1	código agencia	nombre agencia	cód. plan seguro
código	nombre intermediario 2	código sucursal	nombre sucursal	

Propuesta Seguro APV Max 3.0

N° propuesta	N° póliza
vigencia desde	vigencia hasta

Propuesta Seguro APV Max 3.0

Fecha firma propuesta	Identificación de la Póliza	Modalidad
dd/mm/aaaa	Seguro de vida individual con plan de ahorro previsional voluntario	Modalidad A <input type="checkbox"/> Modalidad B <input type="checkbox"/>

Antecedentes del asegurado

apellido paterno		apellido materno		nombres	
rut	fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	estado civil	conviviente civil <input type="checkbox"/>	declaración de salud se adjunta <input type="checkbox"/>	
		casado <input type="checkbox"/>	soltero <input type="checkbox"/>	viudo <input type="checkbox"/>	
edad actuarial	Para efectos de este seguro, edad actuarial corresponde al cumpleaños más cercano del asegurado próximo o pasado.				
dirección particular (calle, número, depto.)				comuna	
ciudad	región	teléfono/ celular	email		
dirección comercial (calle, número, depto.)				comuna	
ciudad	región	teléf. comercial 1/teléf. comercial 2	dirección envío correspondencia dirección particular <input type="checkbox"/> comercial <input type="checkbox"/>		

Descripción de coberturas y primas

cobertura básica	capital asegurado UF	prima mensual neta	IVA	prima mensual bruta
Seguro de Vida Individual con Plan de Ahorro Previsional POL 220140274				
coberturas adicionales				
Cláusula de Muerte Accidental (MA) CAD320140276				
Cláusula de Invalidez Total y Permanente 2/3 (ITP2/3) CAD320140275				
subtotal prima mensual neta	IVA (sólo coberturas afectas)	subtotal prima mensual bruta	prima en exceso periódica	total prima o prima proyectada mensual
Recibí conforme Anexo de Deducibles, Exclusiones y Costos de Coberturas.		Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		

Pago de primas

periodicidad	medio de pago	mandato N°
<input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> trimestral	<input type="checkbox"/> pac/pat <input type="checkbox"/> descuento empleador	CIC*
<input type="checkbox"/> semestral <input type="checkbox"/> mensual		

*CIC o Costo Incremental de las Coberturas: Es un monto adicional al costo de las coberturas, que se rebajará mensualmente del valor de la póliza, y que corresponde a la compensación del mayor riesgo que asume el asegurador.

Antecedentes adicionales del asegurable

Conforme al N° 1 del artículo 524 y 525 del Código de Comercio, en mi calidad de proponente asegurado, declaro sinceramente todas las circunstancias para que la Cía. Aseguradora pueda identificar a las personas aseguradas y apreciar la extensión de los riesgos:

Forma de Determinar la Indemnización

Modalidad A: Bajo este plan, el monto asegurado a pagar en caso de producirse el fallecimiento del asegurado, será el mayor valor entre el capital asegurado por fallecimiento establecido en las condiciones particulares de la póliza y el valor de la Póliza al último día del mes anterior al fallecimiento, incrementado en un 10% del capital asegurado por fallecimiento.

Modalidad B: Bajo este plan, el monto asegurado a pagar en caso de producirse el fallecimiento del asegurado, será la suma del capital asegurado por fallecimiento establecido en las condiciones particulares de la póliza, más el valor de la póliza al último día del mes anterior al fallecimiento.

Cargos de la póliza (Detalle de cargos que se imputan a las pólizas, definidos en las Condiciones Generales)

Gasto sobre prima pagada: porcentaje a descontar por la Aseguradora de toda prima pagada excluyendo la Bonificación Fiscal, el que se calcula sobre la prima proyectada mensualizada, la que excluye la prima en exceso ocasional. Prima pagada es el monto recibido por la Aseguradora y disponible para ésta, una vez aceptado el riesgo. Los porcentajes se aplican marginalmente y con tope de UF 5 por pago.	% de cargo						
	prima mensual pagada UF	1° año	2° año	3° año	4° año	5° año	6° año y más
3,00 - 5,00	30,00%	20,00%	15,00%	10,00%	5,00%	0,00%	0,00%
5,01 - 7,00	20,00%	15,00%	10,00%	5,00%	0,00%	0,00%	0,00%
7,01 - 10,00	15,00%	10,00%	5,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
10,01 y más	10,00%	5,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Gasto sobre prima pagada en exceso esporádica	No considera						
Gasto sobre el Valor Póliza Efectivo: Porcentaje que la Aseguradora rebajará del Valor Póliza Efectivo (saldo del Valor Póliza descontando la cuenta de Bonificación Fiscal). El porcentaje se aplica sobre un capital de UF 1.000	cargo mensual (UF)						
	año	1° año	2° año	3° año	4° año	5° año	6° y más
	cargo mensual	0,0459%	0,0459%	0,0417%	0,0417%	0,0334%	0,0334%
tope mensual UF	0,4583	0,4583	0,4167	0,4167	0,3333	0,3333	
Gasto por reasignación de inversiones: gastos relacionados a los traslados entre alternativas de rentabilidad de la póliza, solicitados por el asegurado.	No considera						
Gasto sobre rentabilidad: cobro efectuado por la Aseguradora en relación a la rentabilidad positiva obtenida por las inversiones del Valor Póliza Efectivo.	No considera						

Valor Póliza y Alternativas de Rentabilidad

El formulario de Selección de Alternativas de Rentabilidad firmado por el contratante, se considera parte integral de la presente propuesta.

Saldo Valor Póliza: $SFVP = +/- SIVP + A +/- V + OA - CC - C - R$

SFVP: Saldo final de la cuenta única de inversión en el período, en pesos.
 SIVP: Saldo inicial de la cuenta única de inversión en el período, en pesos.
 A: Aportes efectuados durante el período informado.
 V: Ganancia o pérdida, medida en pesos, de la alternativa de rentabilidad, obtenida durante el período informado.

OA: Otros Aportes efectuados durante el período informado.
 CC: Costos de cobertura efectuados durante el período informado.
 C: Cargos efectuados durante el período informado.
 R: Rescates efectuados durante el período informado.

Comunicación entre las partes

Cualquier comunicación, declaración o notificación que haya de hacerse entre la Compañía y el Contratante, el asegurado o sus beneficiarios con motivo de esta póliza, deberá realizarse por correo electrónico, registrado para estos efectos en las Condiciones Particulares o certificados correspondientes, según sea el caso, la cual se entenderá como recibida al día hábil siguiente de haberse enviado éstas, independientemente de la fecha en que el contratante, asegurado o beneficiario haya dado lectura al mismo. Asimismo el contratante, asegurado y beneficiario serán responsables por la privacidad de este medio de comunicación, siendo de su exclusiva responsabilidad, la revisión, lectura y administración de los documentos enviados o su posible delegación a un tercero.

Sin perjuicio de lo anterior, respecto de la comunicación, declaración o notificación, la Compañía podrá efectuarla por escrito, mediante carta certificada u otro medio fehaciente que demuestre la recepción del comunicado, dirigida al domicilio de la compañía o al último domicilio del contratante, registrado en las Condiciones Particulares de la póliza. Las notificaciones hechas por carta certificada, se entenderán realizadas al tercer día hábil siguiente al ingreso a correos de la carta, según timbre que conste en el sobre respectivo. Las comunicaciones dirigidas a la Compañía de seguros deberán efectuarse al domicilio de ésta por carta certificada u otra forma que fehacientemente acredite su recepción por la Compañía de Seguros.

Vida Security se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que tiene un conjunto de normas destinadas a promover una adecuada relación de las compañías de seguros con sus clientes. Copia de este compendio se encuentra en www.aach.cl.

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor de Asegurado cuando los clientes le presenten reclamos en relación a los contratos celebrados con ella. Los clientes pueden presentar sus reclamos ante del Defensor del Asegurado utilizando los formularios disponibles en las oficinas de Vida Security o a través de la página web www.ddachile.cl.

Declaración y mandato

Declaro haber contestado de puño y letra esta propuesta, que todas las preguntas han sido contestadas sinceramente y no haber ocultado información. Faculto a la Compañía, por la sola firma de éste documento, para que a través de su contraloría médica y en cualquier momento a partir de la fecha de firma del mismo, pueda requerir para evaluación y correcta determinación de las coberturas, toda la información necesaria. Asimismo, libero a los médicos y clínicas que me han atendido, del secreto profesional y me obligo a entregar los antecedentes y certificaciones legales para que puedan ser solicitados por la compañía de seguros.

Declaro conocer y aceptar que cualquier declaración falsa u omisión anulará el contrato de seguro y en dicho evento, no habrá derecho a exigir indemnización.

Declaro además conocer y aceptar que conozco las exclusiones establecidas en las condiciones generales de la póliza, y que estoy en conocimiento que respecto a mi declaración de actividad y deporte que he declarado en esta solicitud, la Compañía establecerá condiciones sobre su cobertura, restricciones o topes, los cuales quedarán estipulados en las respectivas condiciones particulares de la póliza de seguros, de lo cual doy fe de la aceptación por mi parte, bajo lo estipulado por la compañía aseguradora.

Conforme a lo señalado en la Ley N°19.628, relativa a la Protección de la Vida Privada, por este acto vengo en facultar expresamente a la Compañía de Seguros a la que estoy solicitando el(los) presente(s) seguro(s), o quien sus derechos represente, para hacer uso de mis datos de carácter personal así como también aquellos denominados como sensibles. Esta autorización faculta a la Aseguradora para efectuar el tratamiento de dichos datos conforme lo expresa la norma legal señalada. Asimismo, consiento expresamente para la Compañía de Seguros tenga acceso a los contenidos o copias de las recetas médicas, análisis o exámenes de laboratorios clínicos y servicios relacionados con la salud, según lo expresa el artículo 127 del Código Sanitario, modificado por la Ley ya citada. Conforme a lo anterior, declaro haber sido informado que estos datos son para el exclusivo uso de la compañía aseguradora en el análisis de reclamos, investigaciones de siniestros y en general todo aquello que diga relación con los contratos que celebre con la aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, con estos mismos fines.

Beneficiarios

Conforme a lo establecido en el artículo N° 5 del DL 3.500 de 1980, a la fecha de fallecimiento del asegurado.

Autorización para solicitar información confidencial

El Asegurado declara que acepta y autoriza a la Compañía de Seguros o a la persona que actúe en su representación, a solicitar a cualquier médico, enfermera, psicólogo, Clínica, Hospital, Laboratorio Clínico, Fondo Nacional de Salud (Fonasa), Isapre, Compañía de Seguros u otra institución pública o privada, información relativa a su estado de salud y cualquier documento asociado, a vía de ejemplo, y sin ser restrictivos en su enumeración, copia del parte policial y relato de los hechos, ficha médica completa, epicrisis, cartola histórica detallada de gastos médicos en su institución de salud, liberando tanto a instituciones como profesionales del secreto profesional y de faltas a la Ley N°19.628 sobre Protección de Datos de carácter personal, Ley N°20.584 sobre confidencialidad y secreto médico, del Código de Ética del Colegio Médico de Chile y Ley N° 16.744, sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales y otras.

Aceptación de la presente propuesta

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 que esta propuesta sea aceptada por el asegurador y se inicie la vigencia de la póliza.

El Asegurado que suscribe la siguiente propuesta declara expresamente que ha recibido oportuna y adecuadamente asesorías de parte de la Compañía Aseguradora, respecto de las coberturas y condiciones del contrato de seguro. También declara haber leído y aceptado las observaciones generales en este documento. Este documento se firma en dos copias idénticas, quedando una en poder del contratante.

Firma Asegurado Titular

Firma Intermediario

Uso exclusivo de la compañía de seguros

código	nombre intermediario 1	código agencia	nombre agencia	cód. plan seguro
código	nombre intermediario 2	código sucursal	nombre sucursal	

El asegurable y/o contratante, don _____, Rut _____, paga la suma de \$ _____, correspondiente a UF _____, para ser aplicado, si procediere, al valor de la prima inicial según propuesta de seguro N° _____, pago efectuado con:

- Cheque cruzado y nominativo a favor de **Seguros Vida Security Previsión S.A.** N° cheque _____ Banco _____
- Tarjeta de crédito (adjuntar original del voucher a propuesta).

El cheque o instrumento de pago de este depósito, aceptado por la Compañía, deberá ser pagado a su primera presentación. En todos los casos el certificado es entregado en este acto al intermediario de seguros individualizado en este documento.

Declaro encontrarme en buen estado de salud y que las declaraciones hechas en la Propuesta de Seguro APV Max 3.0 firmada por mí y/o en el exámen médico, en su caso, a su leal saber y entender son exactas y verídicas.

Fecha: ____ de _____ de _____

una empresa del **grupo security**
www.vidasecurity.cl

El asegurable y/o contratante, don _____, Rut _____, paga la suma de \$ _____, correspondiente a UF _____, para ser aplicado, si procediere, al valor de la prima inicial según propuesta de seguro N° _____, pago efectuado con:

- Cheque cruzado y nominativo a favor de **Seguros Vida Security Previsión S.A.** N° cheque _____ Banco _____
- Tarjeta de crédito (adjuntar original del voucher a propuesta).

El cheque o instrumento de pago de este depósito, aceptado por la Compañía, deberá ser pagado a su primera presentación. En todos los casos el certificado es entregado en este acto al intermediario de seguros individualizado en este documento.

Declaro encontrarme en buen estado de salud y que las declaraciones hechas en la Propuesta de Seguro APV Max 3.0 firmada por mí y/o en el exámen médico, en su caso, a su leal saber y entender son exactas y verídicas.

Fecha: ____ de _____ de _____

una empresa del **grupo security**
www.vidasecurity.cl

El asegurable y/o contratante, don _____, Rut _____, paga la suma de \$ _____, correspondiente a UF _____, para ser aplicado, si procediere, al valor de la prima inicial según propuesta de seguro N° _____, pago efectuado con:

- Cheque cruzado y nominativo a favor de **Seguros Vida Security Previsión S.A.** N° cheque _____ Banco _____
- Tarjeta de crédito (adjuntar original del voucher a propuesta).

El cheque o instrumento de pago de este depósito, aceptado por la Compañía, deberá ser pagado a su primera presentación. En todos los casos el certificado es entregado en este acto al intermediario de seguros individualizado en este documento.

Declaro encontrarme en buen estado de salud y que las declaraciones hechas en la Propuesta de Seguro APV Max 3.0 firmada por mí y/o en el exámen médico, en su caso, a su leal saber y entender son exactas y verídicas.

Fecha: ____ de _____ de _____

una empresa del **grupo security**
www.vidasecurity.cl