

---

# Propuesta Seguro con Ahorro Max

---

N° propuesta	N° póliza
vigencia desde	vigencia hasta

**Selección de seguro con Ahorro**

Dominium Max 3.0  Max universitario

Fecha firma propuesta	Plan de seguro	Moneda	Enviar factura electrónica
dd/mm/aaaa	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	UF <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/> otra _____	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**Antecedentes del Contratante**

rut	apellido paterno	apellido materno	nombres	
fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	dirección particular (calle, número, depto.)			
comuna	ciudad	región	teléfono particular / teléfono celular	
dirección comercial (calle, número, depto.)			comuna	ciudad
región	teléfono comercial	e-mail	estado civil	correspondencia dirección <input type="checkbox"/> particular <input type="checkbox"/> comercial

**Antecedentes del Asegurable**

rut	apellido paterno	apellido materno	nombres	
fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	edad actual	profesión o actividad	estado civil	conviviente civil <input type="checkbox"/>
			casado <input type="checkbox"/>	soltero <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/>
fumador sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Para efectos de este seguro, se define como "no fumador", aquella persona que no ha utilizado ningún tipo de producto relacionado con tabaco y/o nicotina, ya sea fumando o mascando, durante los últimos 12 (doce) meses contados desde la fecha de solicitud de este seguro. En caso contrario la persona es "fumador".			
sexo masc. <input type="checkbox"/> fem. <input type="checkbox"/>	dirección particular (calle, número, depto.)			
comuna	ciudad	región	teléfono	
celular	e-mail	relación con contratante <input type="checkbox"/> 02 cónyuge <input type="checkbox"/> 04 hijo <input type="checkbox"/> 06 conviviente civil <input type="checkbox"/> 03 hermano <input type="checkbox"/> 05 padre <input type="checkbox"/> 07 otro		

**Descripción de coberturas y primas**

cobertura básica	capital asegurado UF	prima mensual neta	IVA	prima mensual bruta
Seguro de Vida Individual con cuenta única de inversión POL220170153				
coberturas adicionales				
Cláusula de Muerte Accidental (MA) CAD320150818				
Cláusula de pago anticipado en caso de Invalidez Permanente 2/3 CAD320150820				
Cláusula de Beneficio por Accidente (BPA) CAD320150819				
Cláusula de Anticipo de Capital por Enfermedades Graves (ACEG) CAD320150821				
Cláusula adicional de Prestaciones Médicas (PLEX) CAD320150822				
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  NO

## 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"/> cuenta corriente <input type="checkbox"/> tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> otra	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:

## Formas de Determinar la Indemnización

**Plan 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 día en que la compañía aseguradora apruebe el pago del siniestro, incrementado en un 10% del capital asegurado por fallecimiento.

**Plan 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 día en que la compañía aseguradora apruebe el pago del siniestro.

## Cargos de la póliza

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

concepto	forma de cálculo																																									
<p><b>Cargo sobre prima pagada:</b> Es un porcentaje a descontar por el asegurador, sobre toda prima pagada neta de IVA. La <b>prima pagada</b>, es el monto correspondiente a cualquier prima que se encuentre disponible en forma efectiva para la compañía aseguradora, una vez aceptado el riesgo. Este porcentaje se calcula sobre la prima proyectada mensualizada sin considerar la prima en exceso ocasional, la que no tiene cargo asociado. Los porcentajes se aplican marginalmente y con tope por pago de UF 5.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">prima mensual pagada UF</th> <th colspan="6">% de cargo</th> </tr> <tr> <th>1° año</th> <th>2° año</th> <th>3° año</th> <th>4° año</th> <th>5° año</th> <th>6° año y más</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3,00 - 5,00</td> <td>30,00%</td> <td>20,00%</td> <td>15,00%</td> <td>10,00%</td> <td>5,00%</td> <td>0,00%</td> </tr> <tr> <td>5,01 - 7,50</td> <td>20,00%</td> <td>15,00%</td> <td>10,00%</td> <td>5,00%</td> <td>0,00%</td> <td>0,00%</td> </tr> <tr> <td>7,51 - 10,00</td> <td>15,00%</td> <td>10,00%</td> <td>5,00%</td> <td>0,00%</td> <td>0,00%</td> <td>0,00%</td> </tr> <tr> <td>10,01 y más</td> <td>10,00%</td> <td>5,00%</td> <td>0,00%</td> <td>0,00%</td> <td>0,00%</td> <td>0,00%</td> </tr> </tbody> </table>	prima mensual pagada UF	% de cargo						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%	5,01 - 7,50	20,00%	15,00%	10,00%	5,00%	0,00%	0,00%	7,51 - 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%
prima mensual pagada UF	% de cargo																																									
	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%																																				
5,01 - 7,50	20,00%	15,00%	10,00%	5,00%	0,00%	0,00%																																				
7,51 - 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%																																				
<p><b>Cargo sobre el Valor de la Póliza:</b> Es un monto o porcentaje que el asegurador rebajará del valor de la póliza. El <b>valor póliza</b> es el saldo de una cuenta que corresponde al valor de rescate total y representa la obligación del asegurador con el contratante o con el beneficiario en su caso.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">cargos</th> <th colspan="6">UF mensual</th> </tr> <tr> <th>1° año</th> <th>2° año</th> <th>3° año</th> <th>4° año</th> <th>5° año</th> <th>6° año y más</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td>0,4583</td> <td>0,4583</td> <td>0,4167</td> <td>0,4167</td> <td>0,3333</td> <td>0,3333</td> </tr> </tbody> </table>	cargos	UF mensual						1° año	2° año	3° año	4° año	5° año	6° año y más		0,4583	0,4583	0,4167	0,4167	0,3333	0,3333																					
cargos	UF mensual																																									
	1° año	2° año	3° año	4° año	5° año	6° año y más																																				
	0,4583	0,4583	0,4167	0,4167	0,3333	0,3333																																				
<p><b>Cargos por traslado de fondos entre alternativas de rentabilidad:</b> corresponde a aquellos relacionados directamente con una modificación de la cartera de inversión solicitada por el asegurado. Las <b>Alternativas de Rentabilidad</b>, corresponden a los indicadores financieros o instrumentos financieros que la compañía aseguradora tomará en consideración para determinar la rentabilidad que aplicará al Valor de la Póliza, de acuerdo a lo instruido por el contratante para efectos de la distribución de las primas netas pagadas.</p>	<p>No contempla cargos por traslados de fondos.</p>																																									

## 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.

OA: Otros Aportes efectuados durante el período informado.

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

CC: Costos de cobertura efectuados durante el período informado.

A: Aportes efectuados durante el período informado.

C: Cargos efectuados durante el período informado.

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

R: Rescates efectuados durante el período informado.

### Beneficiarios \*Códigos de relación: 02 Cónyuge / 03 hijo / 04 padre / 05 hermano / 06 conviviente civil / 07 otros

rut	nacimiento (dd/mm/aaaa)	e-mail	teléfono	cód. relación*	prioridad	%distribución
1 apellido paterno	apellido materno	nombres		dirección <input type="checkbox"/> no titular <input type="checkbox"/> si		
dirección particular		comuna	ciudad	región		
rut	nacimiento (dd/mm/aaaa)	e-mail	teléfono	cód. relación*	prioridad	
2 apellido paterno	apellido materno	nombres		dirección <input type="checkbox"/> no titular <input type="checkbox"/> si		%distribución
dirección particular		comuna	ciudad	región		
rut	nacimiento (dd/mm/aaaa)	e-mail	teléfono	cód. relación*	prioridad	
3 apellido paterno	apellido materno	nombres		dirección <input type="checkbox"/> no titular <input type="checkbox"/> si		
dirección particular		comuna	ciudad	región		
rut	nacimiento (dd/mm/aaaa)	e-mail	teléfono	cód. relación*	prioridad	
4 apellido paterno	apellido materno	nombres		dirección <input type="checkbox"/> no titular <input type="checkbox"/> si		%distribución
dirección particular		comuna	ciudad	región		
rut	nacimiento (dd/mm/aaaa)	e-mail	teléfono	cód. relación*	prioridad	
5 apellido paterno	apellido materno	nombres		dirección <input type="checkbox"/> no titular <input type="checkbox"/> si		
dirección particular		comuna	ciudad	región		
rut	nacimiento (dd/mm/aaaa)	e-mail	teléfono	cód. relación*	prioridad	
5 apellido paterno	apellido materno	nombres		dirección <input type="checkbox"/> no titular <input type="checkbox"/> si		%distribución
dirección particular		comuna	ciudad	región		

Aclaración interés asegurable de beneficiarios con código de relación "otro"

## Información importante para adicional Plexum

Al contratar o incorporarse a una cobertura de salud (Prestaciones Médicas), usted debe tener presente lo siguiente:

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro no constituye la cobertura que otorga la Isapre o Fonasa y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
3. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
  - Duración de este seguro.
  - De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación.
  - Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro.
  - En qué casos no se pagará este seguro.
  - Los requisitos para cobrar este seguro.
4. A continuación se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro:
  - NO contempla renovación garantizada.
  - Sí podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
  - NO considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.
  - NO cubre preexistencias.

## 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](http://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](http://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 este 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 alguna.

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.

### 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.

### Autorización del Contratante distinto del Asegurado

El Contratante del seguro identificado en la presente propuesta, cede de manera formal, expresa e irrevocable, los derechos para que los beneficiarios asociados a la cobertura de fallecimiento y sus correspondientes participaciones, sean definidos exclusivamente por el Asegurado de este mismo seguro.

sí

no

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado Titular

\_\_\_\_\_  
Firma Contratante

### Autorización del Asegurado distinto del Contratante

De acuerdo a lo establecido en el párrafo 2 del Artículo N°589 del código de comercio el Asegurado individualizado en esta propuesta, autoriza formal y expresamente para que Seguros Vida Security Previsión S.A., emita y ponga en vigencia el seguro identificado en ésta en cuanto a las coberturas y a los capitales o montos asegurados que cubren riesgos sobre la persona del Asegurado y considerando los beneficiarios y participaciones identificados, los que recibirán los montos asegurados en caso que ocurra el fallecimiento del Asegurado.

Esta autorización se extinguirá y la póliza o seguro asociado terminará, con la sola solicitud que para ello presente el Asegurado a la Compañía.

Cualquier cambio en las coberturas del seguro, en los montos o capitales asegurados o en los beneficiarios o en las participaciones que ellos tengan, deberá hacerse acompañando una nueva autorización del Asegurado, que será exigible por la Compañía.

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado Titular

### Aceptación de la 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 esta 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 de contratante.**

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado Titular

\_\_\_\_\_  
Firma Contratante

\_\_\_\_\_  
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 con Ahorro Max

---

N° propuesta	N° póliza
vigencia desde	vigencia hasta

**Selección de seguro con Ahorro**

Dominiun Max 3.0  Max universitario

Fecha firma propuesta	Plan de seguro	Moneda	Enviar factura electrónica
dd/mm/aaaa	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	UF <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/> \$ <input type="checkbox"/> otra _____	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**Antecedentes del Contratante**

rut	apellido paterno	apellido materno	nombres
fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	dirección particular (calle, número, depto.)		
comuna	ciudad	región	teléfono particular / teléfono celular
dirección comercial (calle, número, depto.)		comuna	ciudad
región	teléfono comercial	e-mail	estado civil <input type="checkbox"/> particular <input type="checkbox"/> comercial

**Antecedentes del Asegurable**

rut	apellido paterno	apellido materno	nombres
fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	edad actual	profesión o actividad	estado civil <input type="checkbox"/> conviviente civil <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> viudo <input type="checkbox"/>
fumador sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Para efectos de este seguro, se define como "no fumador", aquella persona que no ha utilizado ningún tipo de producto relacionado con tabaco y/o nicotina, ya sea fumando o mascando, durante los últimos 12 (doce) meses contados desde la fecha de solicitud de este seguro. En caso contrario la persona es "fumador".		
sexo masc. <input type="checkbox"/> fem. <input type="checkbox"/>	dirección particular (calle, número, depto.)		
comuna	ciudad	región	teléfono
celular	e-mail	relación con contratante <input type="checkbox"/> 02 cónyuge <input type="checkbox"/> 04 hijo <input type="checkbox"/> 06 conviviente civil <input type="checkbox"/> 03 hermano <input type="checkbox"/> 05 padre <input type="checkbox"/> 07 otro	

**Descripción de coberturas y primas**

cobertura básica	capital asegurado UF	prima mensual neta	IVA	prima mensual bruta
Seguro de Vida Individual con cuenta única de inversión POL220170153				
coberturas adicionales				
Cláusula de Muerte Accidental (MA) CAD320150818				
Cláusula de pago anticipado en caso de Invalidez Permanente 2/3 CAD320150820				
Cláusula de Beneficio por Accidente (BPA) CAD320150819				
Cláusula de Anticipo de Capital por Enfermedades Graves (ACEG) CAD320150821				
Cláusula adicional de Prestaciones Médicas (PLEX) CAD320150822				
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  NO



## 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"/> cuenta corriente <input type="checkbox"/> tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> otra _____	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:

## Formas de Determinar la Indemnización

Plan 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 día en que la compañía aseguradora apruebe el pago del siniestro, incrementado en un 10% del capital asegurado por fallecimiento.

Plan 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 día en que la compañía aseguradora apruebe el pago del siniestro.

## Cargos de la póliza

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

concepto	forma de cálculo																																									
<p><b>Cargo sobre prima pagada:</b> Es un porcentaje a descontar por el asegurador, sobre toda prima pagada neta de IVA. La <b>prima pagada</b>, es el monto correspondiente a cualquier prima que se encuentre disponible en forma efectiva para la compañía aseguradora, una vez aceptado el riesgo. Este porcentaje se calcula sobre la prima proyectada mensualizada sin considerar la prima en exceso ocasional, la que no tiene cargo asociado. Los porcentajes se aplican marginalmente y con tope por pago de UF 5.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">prima mensual pagada UF</th> <th colspan="6">% de cargo</th> </tr> <tr> <th>1° año</th> <th>2° año</th> <th>3° año</th> <th>4° año</th> <th>5° año</th> <th>6° año y más</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3,00 - 5,00</td> <td>30,00%</td> <td>20,00%</td> <td>15,00%</td> <td>10,00%</td> <td>5,00%</td> <td>0,00%</td> </tr> <tr> <td>5,01 - 7,50</td> <td>20,00%</td> <td>15,00%</td> <td>10,00%</td> <td>5,00%</td> <td>0,00%</td> <td>0,00%</td> </tr> <tr> <td>7,51 - 10,00</td> <td>15,00%</td> <td>10,00%</td> <td>5,00%</td> <td>0,00%</td> <td>0,00%</td> <td>0,00%</td> </tr> <tr> <td>10,01 y más</td> <td>10,00%</td> <td>5,00%</td> <td>0,00%</td> <td>0,00%</td> <td>0,00%</td> <td>0,00%</td> </tr> </tbody> </table>	prima mensual pagada UF	% de cargo						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%	5,01 - 7,50	20,00%	15,00%	10,00%	5,00%	0,00%	0,00%	7,51 - 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%
prima mensual pagada UF	% de cargo																																									
	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%																																				
5,01 - 7,50	20,00%	15,00%	10,00%	5,00%	0,00%	0,00%																																				
7,51 - 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%																																				
<p><b>Cargo sobre el Valor de la Póliza:</b> Es un monto o porcentaje que el asegurador rebajará del valor de la póliza. El <b>valor póliza</b> es el saldo de una cuenta que corresponde al valor de rescate total y representa la obligación del asegurador con el contratante o con el beneficiario en su caso.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">cargos</th> <th colspan="6">UF mensual</th> </tr> <tr> <th>1° año</th> <th>2° año</th> <th>3° año</th> <th>4° año</th> <th>5° año</th> <th>6° año y más</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>cargos</td> <td>0,4583</td> <td>0,4583</td> <td>0,4167</td> <td>0,4167</td> <td>0,3333</td> <td>0,3333</td> </tr> </tbody> </table>	cargos	UF mensual						1° año	2° año	3° año	4° año	5° año	6° año y más	cargos	0,4583	0,4583	0,4167	0,4167	0,3333	0,3333																					
cargos	UF mensual																																									
	1° año	2° año	3° año	4° año	5° año	6° año y más																																				
cargos	0,4583	0,4583	0,4167	0,4167	0,3333	0,3333																																				
<p><b>Cargos por traslado de fondos entre alternativas de rentabilidad:</b> corresponde a aquellos relacionados directamente con una modificación de la cartera de inversión solicitada por el asegurado. Las <b>Alternativas de Rentabilidad</b>, corresponden a los indicadores financieros o instrumentos financieros que la compañía aseguradora tomará en consideración para determinar la rentabilidad que aplicará al Valor de la Póliza, de acuerdo a lo instruido por el contratante para efectos de las distribución de las primas netas pagadas.</p>	<p>No contempla cargos por traslados de fondos.</p>																																									

## 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.

OA: Otros Aportes efectuados durante el período informado.

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

CC: Costos de cobertura efectuados durante el período informado.

A: Aportes efectuados durante el período informado.

C: Cargos efectuados durante el período informado.

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

R: Rescates efectuados durante el período informado.

### Beneficiarios \*Códigos de relación: 02 Cónyuge / 03 hijo / 04 padre / 05 hermano / 06 conviviente civil / 07 otros

rut	nacimiento (dd/mm/aaaa)	e-mail	teléfono	cód. relación*	prioridad	%distribución
1 apellido paterno		apellido materno		nombres		dirección titular <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
dirección particular			comuna	ciudad	región	
rut	nacimiento (dd/mm/aaaa)	e-mail	teléfono	cód. relación*	prioridad	%distribución
2 apellido paterno		apellido materno		nombres		dirección titular <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
dirección particular			comuna	ciudad	región	
rut	nacimiento (dd/mm/aaaa)	e-mail	teléfono	cód. relación*	prioridad	%distribución
3 apellido paterno		apellido materno		nombres		dirección titular <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
dirección particular			comuna	ciudad	región	
rut	nacimiento (dd/mm/aaaa)	e-mail	teléfono	cód. relación*	prioridad	%distribución
4 apellido paterno		apellido materno		nombres		dirección titular <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
dirección particular			comuna	ciudad	región	
rut	nacimiento (dd/mm/aaaa)	e-mail	teléfono	cód. relación*	prioridad	%distribución
5 apellido paterno		apellido materno		nombres		dirección titular <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
dirección particular			comuna	ciudad	región	
rut	nacimiento (dd/mm/aaaa)	e-mail	teléfono	cód. relación*	prioridad	%distribución
5 apellido paterno		apellido materno		nombres		dirección titular <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si
dirección particular			comuna	ciudad	región	

Aclaración interés asegurable de beneficiarios con código de relación "otro"

## Información importante para adicional Plexum

Al contratar o incorporarse a una cobertura de salud (Prestaciones Médicas), usted debe tener presente lo siguiente:

1. Este es un seguro voluntario, que reembolsa sólo los gastos médicos cubiertos por esta póliza y de cargo del asegurado.
2. Este seguro no constituye la cobertura que otorga la Isapre o Fonasa y no necesariamente cubre las mismas prestaciones.
3. Antes de contratar este seguro es importante que usted se informe y tenga claridad sobre los siguientes aspectos:
  - Duración de este seguro.
  - De qué manera se va a reajustar el costo de este seguro, en caso de renovación.
  - Cómo y bajo qué condiciones se renueva este seguro.
  - En qué casos no se pagará este seguro.
  - Los requisitos para cobrar este seguro.
4. A continuación se resumen algunos antecedentes importantes que usted debe considerar, al momento de contratar este seguro:
  - NO contempla renovación garantizada.
  - Sí podrá aumentar la prima (precio) en caso de renovación de la póliza.
  - NO considera la siniestralidad individual para el aumento de la prima en caso de renovación.
  - NO cubre preexistencias.

## 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](http://www.aach.cl).

Asimismo, ha aceptado la intervención del Defensor de Asegurado cuando los clientes le presentes 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](http://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 este 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 alguna.

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.

## 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.

## Autorización del Contratante distinto del Asegurado

El Contratante del seguro identificado en la presente propuesta, cede de manera formal, expresa e irrevocable, los derechos para que los beneficiarios asociados a la cobertura de fallecimiento y sus correspondientes participaciones, sean definidos exclusivamente por el Asegurado de este mismo seguro.

sí

no

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado Titular

\_\_\_\_\_  
Firma Contratante

## Autorización del Asegurado distinto del Contratante

De acuerdo a lo establecido en el párrafo 2 del Artículo N°589 del código de comercio el Asegurado individualizado en esta propuesta, autoriza formal y expresamente para que Seguros Vida Security Previsión S.A., emita y ponga en vigencia el seguro identificado en ésta en cuanto a las coberturas y a los capitales o montos asegurados que cubren riesgos sobre la persona del Asegurado y considerando los beneficiarios y participaciones identificados, los que recibirán los montos asegurados en caso que ocurra el fallecimiento del Asegurado.

Esta autorización se extinguirá y la póliza o seguro asociado terminará, con la sola solicitud que para ello presente el Asegurado a la Compañía.

Cualquier cambio en las coberturas del seguro, en los montos o capitales asegurados o en los beneficiarios o en las participaciones que ellos tengan, deberá hacerse acompañando una nueva autorización del Asegurado, que será exigible por la Compañía.

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado Titular

## Aceptación de la 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 esta 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 de contratante.**

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado Titular

\_\_\_\_\_  
Firma Contratante

\_\_\_\_\_  
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 individualizada precedentemente firmada por mí y/o en el examen médico, en su caso, a su leal saber y entender son exactas y verídicas.

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Contratante

una empresa del **grupo security**  
[www.vidasecurity.cl](http://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 individualizada precedentemente firmada por mí y/o en el examen médico, en su caso, a su leal saber y entender son exactas y verídicas.

Fecha: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

cliente

\_\_\_\_\_  
Firma Contratante

una empresa del **grupo security**  
[www.vidasecurity.cl](http://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 individualizada precedentemente firmada por mí y/o en el examen 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](http://www.vidasecurity.cl)