

# Banchile

SEGUROS DE VIDA

SOLICITUD DE ENDOSO      POLIZA Nº \_\_\_\_\_      TIPO DE SEGURO \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** COMPLETAR SÓLO CAMBIOS SOLICITADOS. OBLIGACIÓN LLENAR Nº PÓLIZA Y DATOS CONTRATANTE.  
ENVIAR A COMPAÑÍA BANCHILE SEGUROS DE VIDA, MIRAFLORES 222, PISO 21, SANTIAGO CENTRO.

DATOS DEL CONTRATANTE			
NOMBRE COMPLETO (PATERNO, MATERNO, NOMBRES)			RUT
DIRECCIÓN		COMUNA	CIUDAD
TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO COMERCIAL	FAX	CORREO ELECTRÓNICO

DATOS DEL ASEGURADO				
NOMBRE COMPLETO (PATERNO, MATERNO, NOMBRES)			RUT	
DIRECCIÓN		COMUNA	CIUDAD	
TELÉFONO PARTICULAR	TELÉFONO COMERCIAL	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ISAPRE (SALUD CATASTRÓFICO)
FECHA NACIMIENTO / /	ESTADO CIVIL	PROFESIÓN/ACTIVIDAD Y CARGO QUE OCUPA (PARA ACCIDENTES PERSONALES)		

**DESIGNACION DE BENEFICIARIOS: LOS BENEFICIARIOS DEBEN QUEDAR DE LA SIGUIENTE FORMA**

NOMBRE COMPLETO	RUT	PARENTESCO	% PART

**ASEGURADOS DEL GRUPO FAMILIAR:** SOLO COMPLETAR SI DESEA MODIFICAR, AGREGAR O EXCLUIR Y SI LA PÓLIZA LOS CONTEMPLA, DEBIENDO QUEDAR DE LA SIGUIENTE FORMA.

PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO	RUT	FECHA NACIMIENTO	SEXO (M/F)

<b>DESEO CAMBIAR MI PLAN</b>  DE PLAN Nº _____ A PLAN Nº _____ DE MI PÓLIZA INDICADA ARRIBA	<b>DESEO CAMBIAR LA FORMA DE PAGO</b> CARGAR A TARJETA CRÉDITO Nº _____ TIPO _____ VCTO: ___/___/___ CARGAR A CUENTA CORRIENTE Nº _____ BANCO: _____ (ADJUNTAR NUEVO MANDATO PAC O TAC)  <b>DESEO CAMBIA DÍA DE CARGO A:</b> 5 ___ 25 ___
---	--

**MODIFICACIÓN SEGURO DE VIDA CON AHORRO**

<b>PRIMA EN EXCESO</b>  - DESEO CAMBIAR MI PRIMA EN EXCESO PACTADA A: UF _____ - DESEO COLOCAR COMO PRIMA EN EXCESO: UF _____	<b>RESCATE DE FONDOS</b> ____ TOTAL ____ PARCIAL    MONTO UF _____  NOTA: PARA RESCATES PARCIALES MÁXIMO 85% DEL VALOR DE RESCATE Y MÍNIMO UF 10.
--	--

OBSERVACIONES

LA MODIFICACIÓN SOLICITADA COMENZARÁ A REGIR DESDE LA FECHA DE LLENADO DE ESTA SOLICITUD, SIEMPRE QUE HAYA SIDO RECEPCIONADA POR LA COMPAÑÍA. SI LA MODIFICACIÓN AFECTA A LA PRIMA Y FORMA DE PAGO, ÉSTA SE REALIZARÁ A CONTAR DE LA COBRANZA MÁS PRÓXIMA.



**DECLARACION PERSONAL DE SALUD DEL ASEGURADO (D.P.S.)**

**(SÓLO PARA MODIFICACIONES DE PLAN O INCLUSIÓN NUEVOS ASEGURADOS)**

USTED, O SU GRUPO FAMILIAR, HA TENIDO O TIENE CONOCIMIENTO DE PADECER, O DE TENER DIAGNOSTICADA ALGUNA DOLENCIA, O HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO MÉDICO POR ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: DIABETES, OBESIDAD, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER NATURALEZA, TRASTORNOS MENTALES O DEL SISTEMA NERVIOSO, ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, BRONCOPULMONARES O GENITOURINARIAS, CIRROSIS, SIDA O CUALQUIER ENFERMEDAD GRAVE QUE NO SE ALUDA EN ESTA DECLARACIÓN.

NO \_\_ SI \_\_ DETALLE CUALES Y FECHA DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

ADICIONALMENTE, AUTORIZO A CUALQUIER MÉDICO, HOSPITAL, CLÍNICA U OTRA INSTITUCIÓN O PERSONA QUE TENGA REGISTROS PERSONALES MÍOS O DE MI GRUPO FAMILIAR, INCLUIDOS EN ESTA DECLARACIÓN, PARA QUE PUEDA DAR INFORMACIÓN SOLICITADA POR BANCHILE SEGUROS DE VIDA S.A. A SU VEZ FACULTO A ÉSTA ÚLTIMA, PARA QUE SOLICITE O RETIRE COPIAS DE TALES ANTECEDENTES.

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE CONTRATANTE