

SOLICITUD DE ENDOSO DE PÓLIZA.

NOTA: Este formulario sólo puede contener un número de póliza.

I. DATOS DEL CONTRATANTE			
Nombres		N° de Póliza	
Apellidos		RUT	
E-mail		Teléfono	

Solicitud: Marque con una X los cambios solicitados.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aumento de Capital (1) | <input type="checkbox"/> Conversión Individual a Familiar (7) | <input type="checkbox"/> Prorrogar Póliza (13) |
| <input type="checkbox"/> Cambio Datos de Asegurado (2) | <input type="checkbox"/> Cambio de Riesgo/Sobreprima (8) | <input type="checkbox"/> Disminución de Capital (14) |
| <input type="checkbox"/> Cambio Datos del Pagador/Contratante (3) | <input type="checkbox"/> Exclusión de coberturas Adicionales (9) | <input type="checkbox"/> Rehabilitación de Póliza (15) |
| <input type="checkbox"/> Cambio de Contratante (4) | <input type="checkbox"/> Exclusión de Dependientes Asegurados (10) | <input type="checkbox"/> Renovación Seguro Temporal (16) |
| <input type="checkbox"/> Cambio de Pagador (5) | <input type="checkbox"/> Inclusión de coberturas Adicionales (11) | <input type="checkbox"/> Saldar Póliza (17) |
| <input type="checkbox"/> Cambio Frecuencia de Pago (6) | <input type="checkbox"/> Inclusión de Dependientes Asegurados (12) | <input type="checkbox"/> Otros |

II. DETALLE DE LA SOLICITUD (Vea al reverso las especificaciones del detalle, según tipo de cambio solicitado):

Nueva prima a pagar (si corresponde) será: _____

El contratante de la póliza declara y acepta expresamente que la presente solicitud, conjuntamente con los demás documentos suscritos por él en apoyo o respaldo de ésta, constituyen la base para efectuar los trámites o endosos aquí solicitados. Asimismo, declara conocer y aceptar que las modificaciones solicitadas sólo producirán efecto una vez que la Compañía haya evaluado y aceptado el requerimiento, y haya procedido a emitir el endoso de póliza correspondiente. Una vez emitido el endoso, la póliza se entenderá modificada en los términos en él señalados, quedando la Compañía Aseguradora liberada de cualquier obligación previa contraída bajo la póliza, que hubiere sido modificada en virtud del referido endoso.

VI960614

FECHA:

Día	Mes	Año			

Nombre Ejecutivo/Agente

Firma Contratante

Firma Nuevo Contratante*

(*) Uso exclusivo del nuevo contratante

ESPECIFICACIONES PARA EL DETALLE DE LA SOLICITUD

Las especificaciones están identificadas con el número asociado a cada cambio en el anverso de este documento.

1. Deberá incorporar el nuevo capital asegurado que está solicitando para su póliza. Ej.: Aumento a UF 1.000 en Cobertura de Muerte Accidental.
2. Los datos del asegurado que se podrán corregir a través de este formulario son aquellos que afectan directamente la identificación de éste. Esto es: RUT, nombres, apellidos, fecha de nacimiento y sexo. Los datos como dirección y teléfonos deberán ser modificados a través de una ficha de mantención de datos personales.
3. Los datos del contratante/pagador que se podrán corregir a través de este formulario son aquellos que afectan directamente su identificación. Esto es: RUT, nombres, apellidos, fecha de nacimiento y sexo.
4. Se debe indicar que el contratante actual, identificándolo con nombre completo y RUT, estableciendo que está cediendo los derechos de la póliza. Además, se debe identificar con nombre completo, RUT y parentesco a la persona que está aceptando ser contratante y pagador de la póliza. Para este cambio, deberá ser firmado por el contratante original, nuevo contratante y asegurado, en el área establecida para el solicitante. Por otro lado, el nuevo contratante deberá firmar un formulario PAC o PAT según corresponda.
5. El cliente deberá firmar los formularios que correspondan (PAC, PAT, SAAP).
6. Se debe indicar la frecuencia de cobro que el cliente está solicitando para su póliza. Esta puede ser mensual, trimestral, semestral o anual, según las condiciones del plan.
7. Se debe indicar qué opción de Conversión Familiar se está solicitando. Por ejemplo, conversión a Familiar Tradicional (en que cada dependiente puede tener capitales distintos) o conversión a Opción Familiar (en que con 50% adicional de prima el cónyuge obtiene un 50% de los capitales del asegurado titular y cada dependiente obtiene el 25% de los capitales del asegurado titular). En el caso de conversión a Familiar Tradicional, se deben indicar claramente los capitales que se requieren por cobertura para cada dependiente. Todas las conversiones a familiares requieren la especificación de los dependientes con los nombres, apellidos, RUT, fecha de nacimiento, sexo y parentesco. Adicionalmente, el cliente deberá firmar específicamente la sección de Declaración de Salud de Dependientes Propuestos.
8. Se debe identificar claramente el riesgo que se desea incorporar o eliminar, para su correspondiente evaluación. Tratándose de seguros de vida debe completarse la DPS correspondiente, lo mismo en el caso de los seguros de accidentes personales.
9. Se debe indicar claramente cuál o cuáles son los adicionales que se están solicitando eliminar.
10. Se deben identificar con los nombres, apellidos y parentesco los dependientes que se están solicitando eliminar.
11. Se debe indicar claramente, cuál o cuáles son los adicionales que se están solicitando incorporar, junto con los capitales que deben estar asociados a cada adicional.
12. Se requiere identificar claramente a los dependientes que se están solicitando incorporar con sus nombres, apellidos, RUT, fecha de nacimiento, sexo y parentesco. Adicionalmente, el cliente deberá firmar el anexo a Declaración Personal de Salud.
13. No se requieren incorporar al detalle de la solicitud especificaciones adicionales.
14. Se debe incorporar el nuevo capital asegurado que está solicitando para su póliza. Ej.: Disminución a 500 UF en Cobertura de Muerte Accidental.
15. No se requieren incorporar al detalle de la solicitud especificaciones adicionales.
16. No se requieren incorporar al detalle de la solicitud especificaciones adicionales.
17. En detalle de la solicitud debe indicar que renuncia a las coberturas inicialmente contratadas, siendo éstas reemplazadas por las nuevas coberturas definidas a partir de esta solicitud.