

N°
Fecha

I.- Identificación del Asegurable, Contratante y la Póliza (Por favor, escriba con letra imprenta)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
RUT	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Años	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
Dirección Particular (Calle, N°, Depto.)		Comuna	Ciudad
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono Particular	E-mail(*)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Dirección Comercial (Calle, N°, Depto.)		Comuna	Ciudad
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Teléfono	Teléfono Móvil
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Contratante (Llenar sólo si es distinto al Asegurable)

Apellido Paterno / Apellido Materno / Nombre o Razón Social	RUT	Relación con Asegurable Titular
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dirección Particular (Calle, N°, Depto.)	Comuna	Ciudad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Teléfono Particular	E-mail(*)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dirección Comercial (Calle, N°, Depto.)	Comuna	Ciudad
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Teléfono
		Teléfono Móvil
		<input type="text"/>

(*) Estimado Cliente: Proporcionar su dirección de email en forma correcta es muy importante ya que nos permitirá enviarle, de forma rápida y segura, la información para que pueda activar su clave secreta. Esto le dará acceso al sitio seguro de clientes de Principal, donde encontrará toda la información asociada a su producto.

Dónde desea que llegue su correspondencia: Dirección Particular Dirección Comercial

Otros datos del Asegurable

¿Trabaja en forma independiente?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
AFP/INP	Nivel Educativo
<input type="text"/>	Escolar <input type="checkbox"/>
Isapre	Técnico <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	Universitaria <input type="checkbox"/>
Cargo/Actividad	Post Grado <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	
Aporte a Ingreso Familiar	Tabla Ingresos
Menos del 20% <input type="checkbox"/>	Menos de \$ 300.000 <input type="checkbox"/>
Entre el 20% y 50% <input type="checkbox"/>	de \$ 300.001 a \$ 500.000 <input type="checkbox"/>
Entre el 51% al 80% <input type="checkbox"/>	de \$ 500.001 a \$ 1.000.000 <input type="checkbox"/>
81% y más <input type="checkbox"/>	de \$ 1.000.001 a \$ 2.000.000 <input type="checkbox"/>
	de \$ 2.000.001 a \$ 3.000.000 <input type="checkbox"/>
	Más de \$ 3.000.000 <input type="checkbox"/>

Capital Asegurado de la Póliza

<input type="checkbox"/> Profesión Segura (Plan A)	Capital <input type="checkbox"/> UF 1.000 por cada hijo	Opcional: <input type="checkbox"/> Cláusula Invalidez 2/3 <input type="checkbox"/> N° de Hijos
El capital contratado base, es el mismo para cada adicional		
<input type="checkbox"/> Familia Segura (Plan A)	Capital <input type="checkbox"/> UF 1.500 <input type="checkbox"/> UF 2.500 <input type="checkbox"/> UF 3.500	Opcional: <input type="checkbox"/> Cláusula Invalidez 2/3
<input type="checkbox"/> Cláusula Muerte Accidental		
<input type="checkbox"/> Cláusula Invalidez Accidental		
<input type="checkbox"/> Cláusula Eventos Catastróficos		
El capital contratado base, es el mismo para cada adicional		
<input type="checkbox"/> Vida Segura	Tipo de Plan	
A <input type="checkbox"/>		
B <input type="checkbox"/>		
	Coberturas	Capital(**)
	Vida	
	Invalidez 2/3	
	Muerte Accidental	
	Invalidez Accidental	
	Eventos Catastróficos	
El capital contratado para Invalidez 2/3, Muerte Accidental e Invalidez Accidental es 1, 2 ó 3 veces el capital Vida		
El capital contratado para Eventos Catastróficos es 1 vez el capital Vida		

El capital contratado para Invalidez 2/3, Muerte Accidental e Invalidez Accidental es 1, 2 ó 3 veces el capital Vida El capital contratado para Eventos Catastróficos es 1 vez el capital Vida			

(**)Capital Mínimo UF 500

Activos de Inversión	<input type="checkbox"/> Fondo Mutuo Principal Visión	%	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fondo Mutuo Principal Europa	%	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Fondo Mutuo Principal Depósito Total	%	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fondo Mutuo Principal Europa Emergente	%	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Fondo Mutuo Principal Progresión	%	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fondo Mutuo USA	%	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Fondo Mutuo Principal Renta Emergente	%	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fondo Mutuo LifeTime 2010	%	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Fondo Mutuo Principal Andes	%	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fondo Mutuo LifeTime 2020	%	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Fondo Mutuo Principal Brasil Crecimiento	%	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fondo Mutuo LifeTime 2030	%	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Fondo Mutuo Principal Asia	%	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fondo Mutuo LifeTime 2040	%	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> Fondo Mutuo Principal Capitales	%	<input type="text"/>			
				TOTAL		100%

Cód.: 50-H-036 / Imp. Guzmán

Firma del Ejecutivo de Cuenta

Firma del Contratante
(Si no es el propio Asegurable)

Firma del Asegurable

IMPORTANTE: Para lograr una mejor atención, sírvase escribir con letra imprenta y sin enmendaduras. Al reverso encontrará mayor información sobre su solicitud.

Prima de la Póliza	Básica Anual	UF	<input type="text"/>	Prima Mensual Mínima UF 2
	Prima en Exceso	UF	<input type="text"/>	
	Prima Proyectada Anual	UF	<input type="text"/>	
Periodicidad de Pago: Mensual				

Modalidad de Pago

<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito	<input type="text"/>
---	----------------------	---	----------------------

II.- Beneficiarios

Principales	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	RUT	Parentesco o relación con el Asegurable	Beneficiarios Irrevocables	% Capital Asegurado
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Contingentes							
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

III.- Intermediarios

Nombre del Corredor / Agente	<input type="text"/>	RUT	<input type="text"/>
Nombre Vendedor	<input type="text"/>	RUT	<input type="text"/>
Nombre Ejecutivo Principal	<input type="text"/>	RUT	<input type="text"/>
		Sucursal	<input type="text"/>

Recibo Depósito Inicial (*)

(Sólo con cheques nominativos y cruzados a nombre de Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A.)

Fecha valor UF	<input type="text"/>	Monto UF	<input type="text"/>	Valor UF	\$ <input type="text"/>	Monto \$	<input type="text"/>
Cheque	Serie <input type="text"/>	N° <input type="text"/>	Banco <input type="text"/>				
Extender cheque nominativo y cruzado a nombre de Pincipal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A.							Firma y Timbre Caja

Cobertura Provisoria:

La vigencia de este seguro comenzará a regir a partir del momento en que el riesgo haya sido aceptado por la Compañía, que en señal de aceptación emitirá el contrato de seguro o póliza.-Sin embargo la Compañía otorga una cobertura provisoria, sólo en caso de muerte causada por accidente desde la fecha de firma de la presente solicitud y hasta la fecha de vigencia inicial de la póliza, o por un plazo máximo de 30 días contados desde la fecha de la presente solicitud. El capital asegurado para esta cobertura provisoria, es igual al capital contratado en la cobertura de vida, con un máximo de 3.000 UF.

Esta cobertura provisoria se regirá por las Condiciones Generales del adicional de Muerte Accidental, inscritas en la Superintendencia de Valores y Seguros bajo el código CAD 2 07 041.

Declaraciones:

La veracidad de las declaraciones hechas por el Asegurable y el Contratante en la Propuesta de Seguro de Vida, Declaración Personal de Salud y en los Exámenes Médicos y de Laboratorio, cuando correspondan, son elementos integrantes y esenciales de este Contrato de Seguro y constituyen condición de validez.

Primera Prima:

Antes de aceptar el riesgo, la Compañía realizará diversas gestiones, entre otras, podrá exigir la realización de exámenes médicos y de laboratorio o requerir la presentación de documentos y antecedentes que permitan evaluar correctamente el riesgo, asimismo cobrará al contratante la primera prima, que sólo en caso de aceptación del riesgo constituirá el pago de la primera cuota del seguro.

Desistimiento:

En caso que la Compañía no emitiere la Póliza debido a fuerza mayor o a falta de antecedentes necesarios para la evaluación del riesgo, o, por desistimiento del Asegurable, la Compañía reembolsará el valor del Depósito Inicial, deducidos los gastos de evaluación incurridos, por un valor de 0,5 UF.

Notificación:

Si al cabo de 30 días no ha recibido ninguna comunicación por parte de la Compañía, agradeceremos contactarse con nuestras oficinas.

El Cliente autoriza a Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A. para almacenar y proporcionar a sus personas relacionadas, en los términos del artículo 100 de la Ley N° 18.045, sus datos personales de naturaleza no sensible, en los términos y condiciones establecidos en la Ley N° 19.628, sobre Protección de la Vida Privada.

Autorizo, además, irrevocablemente a Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A., para requerir a cualquier médico, hospital, clínica, Isapre, compañía de seguros y a cualesquiera otra persona natural o jurídica, que tenga conocimiento o registros respecto de mi persona o salud, toda la información y antecedentes que estimen necesarios para la evaluación del riesgo y el análisis de la procedencia de los beneficios que se contraten. Libremente entiendo y acepto que la Compañía puede proporcionar dicha información y antecedentes, a otras compañías de seguros o de reaseguro y a personas jurídicas, sin fines de lucro, que la utilicen en beneficio de sus asociados o entidades a que estén afiliadas. Esta autorización tendrá efectos incluso después de mi muerte, en los términos del artículo 2169 del Código Civil."

Principal Compañía de Seguros de Vida Chile S.A. se encuentra adherida al Código de Autorregulación de las Compañías de Seguros y está sujeta al Compendio de Buenas Prácticas Corporativas, que contiene 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 la página web www.aach.cl.

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

La rentabilidad o ganancia obtenida en el pasado por los fondos mutuos NO garantiza que ella se repita en el futuro. Los valores de las cuotas de los fondos mutuos son variables.

Firma del Ejecutivo de Cuenta

 Firma del Contratante
(Si no es el propio Asegurable)

Firma del Asegurable

Casa Matriz

Apoquindo 3600, Piso 10, Las Condes, Teléfono: (56-2) 810 7000 - Fax:(56-2) 810 7167