

# FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCORPORACION SEGUROS COLECTIVOS VIDA Y SALUD



- SOLICITUD INICIAL ASEGURABLE TITULAR
- INCORPORACION DE CARGAS
- MODIFICACION DE DATOS DE CAPITAL
- ACTUALIZACION DE DATOS ASEGURADO

**IMPORTANTE: "USTED ESTA SOLICITANDO SU INCORPORACION COMO ASEGURADO A UNA POLIZA O CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR EL CONTRATANTE, DIRECTAMENTE CON BICEVIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A."**

TIPO DE SEGURO (MARCAR SEGUN CORRESPONDA):  
 VIDA/N° DE POLIZA \_\_\_\_\_  SALUD/N° DE POLIZA \_\_\_\_\_  DENTAL/N° DE POLIZA \_\_\_\_\_  CATASTROFICO/N° DE POLIZA \_\_\_\_\_

## I. DATOS DEL CONTRATANTE O EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE	RUT <input style="width: 100%;" type="text"/>
---------------------------------------	---

## II. DATOS DEL ASEGURABLE TITULAR (POSTULANTE AL SEGURO)

APELLIDO PATERNO						APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUT <input style="width: 100%;" type="text"/>			
DIRECCION / COMUNA/PAIS												NACIONALIDAD		TELEFONO	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M	F	Soltero	Casado	Separado	Viudo	Divorciado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ISAPRE	FONASA	
FECHA NACIMIENTO			SEXO		ESTADO CIVIL				FECHA INGRESO EMPRESA			SISTEMA DE SALUD		NOMBRE ISAPRE	
EMAIL DEL ASEGURADO												CAPITAL UF		RENTA \$	

## FORMA DE PAGO REEMBOLSOS DE SALUD (SALUD, DENTAL Y CATASTROFICO SI CORRESPONDE)

<input type="checkbox"/> CTA. CTE.	<input type="checkbox"/> CTA. VISTA	<input type="checkbox"/> CTA. AHORRO	<input type="checkbox"/> CHEQUE	N° CUENTA	BANCO
------------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	-----------	-------

## III. BENEFICIARIO SEGUROS DE VIDA (EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO TITULAR). SE RECOMIENDA DESIGNAR MAYORES DE EDAD

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	PARENTESCO	% BENEFICIO

AL DESIGNAR MAS DE UN BENEFICIARIO, SE DEBE INDICAR EL PORCENTAJE (%) DEL BENEFICIO QUE CORRESPONDERA A CADA UNO DE ELLOS AL MOMENTO DEL SINIESTRO, DEBIENDO LA SUMA DE TODOS LOS PORCENTAJES SER IGUAL A 100%. EN CASO DE OMITIR ESTA INFORMACION, EL CAPITAL ASEGURADO SERA DISTRIBUIDO EN PARTES IGUALES ENTRE LA TOTALIDAD DE BENEFICIARIOS DESIGNADOS.

## IV. DATOS CONTACTABILIDAD DE BENEFICIARIOS

SOLICITAMOS PROPORCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS PARA PODER CONTACTAR A LOS BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR.

NOMBRE PERSONA CONTACTO												TELEFONO FIJO						CELULAR					
DIRECCION																							
EMAIL	<input style="width: 100%;" type="text"/>																						
NOMBRE PERSONA CONTACTO												TELEFONO FIJO						CELULAR					
DIRECCION																							
EMAIL	<input style="width: 100%;" type="text"/>																						

EN EL CASO QUE EL ASEGURADO TITULAR DESEE DESIGNAR O REALIZAR CAMBIO DE BENEFICIARIOS, ESTA DISPONIBLE EN NUESTRA PAGINA WEB [WWW.BICEVIDA.CL](http://WWW.BICEVIDA.CL), SECCION DESCARGA FORMULARIO, EL DOCUMENTO "FORMULARIO DESIGNACION O CAMBIO DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DEVIDA".

## V. GRUPO FAMILIAR SEGURO DE SALUD (CONYUGE / HIJOS) Y DENTAL (SI CORRESPONDE)

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NAC.	INST. SALUD

## VI. DECLARACION DE ACTIVIDADES

¿PRACTICA UD. ALGUN DEPORTE?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	FAVOR INDICAR CUAL Y FRECUENCIA _____
¿PRACTICA UD. ALGUNA ACT. RIESGOSA?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	FAVOR INDICAR CUAL Y FRECUENCIA _____

**SE HACE PRESENTE QUE LAS ACTIVIDADES Y DEPORTES RIESGOSOS POR USTED DECLARADAS SOLO SERAN CUBIERTAS POR EL CONTRATO DE SEGURO UNA VEZ QUE LA COMPAÑIA ASEGURADORA LAS HAYA APROBADO DE FORMA EXPRESA.**

