

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCORPORACION SEGUROS COLECTIVOS VIDA



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

N° POLIZA

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.”

I. DATOS DEL CONTRATANTE O EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE	RUT	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
---------------------------------------	-----	----------------------	---	----------------------

II. DATOS DEL ASEGURABLE TITULAR (POSTULANTE AL SEGURO)

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

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 type="text"/>		
NOMBRE PERSONA CONTACTO		TELEFONO FIJO	CELULAR
DIRECCION			
EMAIL	<input 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, SECCION DESCARGA FORMULARIO, EL DOCUMENTO “FORMULARIO DESIGNACION O CAMBIO DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA”.

V. 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.			

VI. DECLARACION OBLIGATORIA DE ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES

ADVERTENCIA. LECTURA OBLIGATORIA

LISTADO GENERICO DE ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES SIN COBERTURA EN EL CONTRATO DE SEGURO			
• CANCER	• CIRROSIS HEPATICA	• INFARTO AL MIOCARDIO	• SIDA
• DIABETES MELLITUS	• ENFERMEDAD BRONCOPULMONAR	• INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	• HIPERTENSION ARTERIAL
• HEMORRAGIA CEREBRAL	• ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES	• HIV	

TENGA PRESENTE QUE SON ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES AQUELLAS ENFERMEDADES, DOLENCIAS O SITUACIONES DE SALUD DIAGNOSTICADAS O CONOCIDAS POR EL ASEGURADO O POR QUIEN CONTRATA A SU FAVOR, ANTES DE LA CONTRATACION DEL SEGURO.

PREGUNTAS ACERCA DE ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES: TODA VEZ QUE LAS ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES NO ESTAN CUBIERTAS POR EL CONTRATO DE SEGURO, LE PREGUNTAMOS A USTED LO SIGUIENTE:

¿TIENE USTED AHORA O HA TENIDO EN EL PASADO, O LE HA SIDO DIAGNOSTICADA A USTED ALGUNA ENFERMEDAD O DOLENCIA EN PARTICULAR QUE CORRESPONDA A UNO DE LOS TIPOS MENCIONADOS EN EL LISTADO DE ENFERMEDADES O DOLENCIAS GENERICAS NO CUBIERTAS POR PREEXISTENCIA QUE SE INDICAN EN EL CUADRO ANTERIOR?

LE INFORMAMOS QUE NO DEBE DECLARAR HABER PADECIDO UNA PATOLOGÍA ONCOLÓGICA, SI A LA FECHA QUE USTED SUSCRIBE ESTE DOCUMENTO HAN TRANSCURRIDO CINCO AÑOS DESDE LA FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE ESA PATOLOGÍA, SIN RECAÍDA POSTERIOR.

(MARQUE CON UNA X EN LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA) NO SI

SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA (SI), POR FAVOR COMPLETE EL SIGUIENTE RECUADRO INDICANDO LA O LAS ENFERMEDADES O DOLENCIAS EN PARTICULAR Y LOS DATOS PERTINENTES:

ENFERMEDAD O DOLENCIA	FECHA DE DIAGNOSTICO O CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD O DOLENCIA (INDICAR MES Y AÑO)

ACEPTACION ESPECIAL

TOMO CONOCIMIENTO Y ACEPTO EXPRESAMENTE QUE TODA ENFERMEDAD Y/O DOLENCIA PREEXISTENTE DECLARADA PRECEDENTEMENTE IMPLICA CON RESPECTO A ELLA(S), LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO DE SEGURO NO OPERARAN SI LA CAUSA DEL SINIESTRO FUERE PRODUCTO DE UNA DE LAS ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES SEÑALADAS EXPRESAMENTE POR MI EN ESTE FORMULARIO.

TAMBIEN ACEPTO QUE EN CASO DE NO DECLARAR, EN ESTE FORMULARIO, MIS ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES, SIGNIFICARA QUE LA COBERTURA DEL CONTRATO DE SEGURO NO OPERARA SI LA CAUSA DEL SINIESTRO FUESE PRODUCTO DE UNA DE LAS ENFERMEDADES O DOLENCIAS COMPRENDIDAS EN EL LISTADO GENERICO DEL PUNTO VI DE ESTE FORMULARIO.

ACEPTACION: OTORGO MI CONSENTIMIENTO A QUE SI LA CAUSA DE UN SINIESTRO QUE ME AFECTE, FUESE PRODUCTO, DERIVE O ESTUVIESE RELACIONADA CON ALGUNAS DE LAS ENFERMEDADES O DOLENCIAS ANTES INDICADAS, SE CONSIDEREN ELLAS COMO ENFERMEDADES, DOLENCIAS O SITUACIONES DE SALUD DIAGNOSTICADAS O CONOCIDAS ANTES DE LA CONTRATACION DE ESTE SEGURO, CON LA CORRESPONDIENTE EXCLUSION DE COBERTURA.

FECHA -

RUT

FIRMA ASEGURABLE TITULAR

VII. DECLARACIONES DEL ASEGURABLE (LEER DETALLADAMENTE ANTES DE FIRMAR)

DECLARACIONES: POR ESTE ACTO DECLARO LIBRE E INFORMADAMENTE LO SIGUIENTE:

- 1) QUE LIBREMENTE FIRMO Y PRESENTO ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCORPORACION SEGUROS COLECTIVOS VIDA Y QUE TENGO CONOCIMIENTO QUE SOLO UNA VEZ EVALUADO Y ACEPTADO POR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA PODRE INGRESAR AL CONTRATO DE SEGURO.
- 2) QUE HE LEIDO Y HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO DE TODAS LAS CONDICIONES DEL SEGURO COLECTIVO CONTRATADO POR MI EMPLEADOR CON BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
- 3) QUE HE TOMADO CONOCIMIENTO DE LA COBERTURA COMPRENDIDA EN ESTE SEGURO Y DE LOS CASOS O CIRCUNTANCIAS QUE SE EXCLUYEN DE LA COBERTURA; Y QUE HE TOMADO PLENO CONOCIMIENTO DE LAS CAUSAS DE TERMINACION DE ESTE SEGURO.
- 4) QUE TENGO CONOCIMIENTO QUE YO PUEDO LIBREMENTE Y EN CUALQUIER MOMENTO, RENUNCIAR A ESTE SEGURO, DANDO EL AVISO CORRESPONDIENTE.
- 5) AUTORIZO A BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. A SOLICITAR TODOS AQUELLOS ANTECEDENTES Y EXAMENES MEDICOS QUE CONSIDERE NECESARIOS PARA LA EVALUACION DEL RIESGO PROPUESTO.
- 6) COMUNICACIONES A CORREO ELECTRONICO: DECLARO CONOCER Y AUTORIZAR QUE CUALQUIER COMUNICACION, DECLARACION O NOTIFICACION QUE DEBA EFECTUAR LA COMPAÑÍA ASEGURADORA AL ASEGURADO CON MOTIVO DE ESTA POLIZA, SE HARA A LA DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO, EL CUAL SE INDICA EN EL ENCABEZADO DE ESTE DOCUMENTO.
- 7) ACTUALIZACION DE CORREO ELECTRONICO: PARA EFECTOS DE RECIBIR TODA COMUNICACION O NOTIFICACION QUE REMITA LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, DECLARO CONOCER QUE DEBO MANTENER ACTUALIZADA MI DIRECCION DE CORREO ELECTRONICO.

SOLO OPCIONAL: SI USTED NO DESEA RECIBIR SUS COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES A TRAVES DE SU CORREO ELECTRONICO MARCAR CON UNA "X" AQUI

FECHA -

RUT

FIRMA ASEGURABLE TITULAR

FECHA

TIMBRE Y FIRMA CONTRATANTE

BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. SE ENCUENTRA ADHERIDA AL CODIGO DE AUTORREGULACION Y AL COMPENDIO DE BUENAS PRACTICAS DE LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS, QUE CONTIENE UN CONJUNTO DE NORMAS DESTINADAS A PROMOVER UNA ADECUADA RELACION DE LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS CON SUS CLIENTES. COPIA DE ESTE COMPENDIO SE ENCUENTRA A DISPOSICION DE LOS INTERESADOS EN WWW.AUTORREGULACION.CL. ASIMISMO, BICE VIDA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. SE ENCUENTRA ADHERIDA AL DEFENSOR DEL ASEGURADO, ACEPTANDO LA INTERVENCION DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO CUANDO LOS CLIENTES PRESENTEN RECLAMOS EN RELACION A LOS CONTRATOS CELEBRADOS CON LA COMPAÑÍA. LOS CLIENTES PUEDEN PRESENTAR SUS RECLAMOS AL DEFENSOR DEL ASEGURADO A TRAVES DE LA PAGINA WWW.DDACHILE.CL.