

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCORPORACION ASEGURADOS DEPENDIENTES AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA



- SOLICITUD INICIAL ASEGURABLE DEPENDIENTE
 ACTUALIZACION DE DATOS ASEGURADO DEPENDIENTE
 CAMBIO DE BENEFICIARIO

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."

NO SE PODRA CONTRATAR ESTE SEGURO DE VIDA CON COBERTURA FALLECIMIENTO PARA UN ASEGURADO DEPENDIENTE MENOR DE EDAD O INCAPACITADO.

I. DATOS DEL CONTRATANTE

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

II. DATOS DEL ASEGURABLE TITULAR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT	<input type="text"/>
------------------	------------------	---------	-----	----------------------

III. DATOS DEL ASEGURABLE DEPENDIENTE

APELLIDO PATERNO			APELLIDO MATERNO			NOMBRES			RUT	<input type="text"/>	
DIRECCION / COMUNA/PAIS			NACIONALIDAD			TELEFONO					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M	F	RELACION CON ASEGURABLE			Cónyuge	Hijos	Otro	Especificar
FECHA NACIMIENTO			SEXO					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
EMAIL DEL ASEGURADO											<input type="text"/>
											MONTO CAPITAL ASEGURADO (*)

(*)EN CASO DE NO ESPECIFICAR EL MONTO DEL CAPITAL ASEGURADO, SERA EL INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES PARA CADA COBERTURA ESPECIFICA.

IV. BENEFICIARIO SEGUROS DE VIDA (EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO DEPENDIENTE).

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.

V. DATOS CONTACTABILIDAD DE BENEFICIARIOS

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

NOMBRE PERSONA CONTACTO			TELEFONO FIJO			CELULAR		
DIRECCION								
EMAIL								
NOMBRE PERSONA CONTACTO			TELEFONO FIJO			CELULAR		
DIRECCION								
EMAIL								

EN EL CASO QUE EL ASEGURADO DEPENDIENTE 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".

VI. DECLARACION OBLIGATORIA DE ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES

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 LOS SINIESTROS A CAUSA DE UNA DE 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 PREEXISTENCIAS 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 RECUADRO SIGUIENTE 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 O DOLENCIA PREEXISTENTE DECLARADA PRECEDENTEMENTE IMPLICA QUE RESPECTO DE EL(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 CONTATACION DE ESTE SEGURO, CON LA CORRESPONDIENTE EXCLUSION DE COBERTURA.

FECHA

FIRMA ASEGURABLE DEPENDIENTE

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 ASEGURADOS DEPENDIENTES AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y QUE TENGO CONOCIMIENTO QUE SOLO UNA VEZ EVALUADO Y ACEPTADO POR LA COMPAÑIA ASEGURADORA PODRE INGRESAR AL CONTRATO DE SEGURO.
- 2) QUE ACEPTO SER ASEGURADO DEPENDIENTE DE ESTE CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO PARA LAS COBERTURAS ASOCIADAS A FALLECIMIENTO Y DEMAS COBERTURAS SI CORRESPONDE.
- 3) QUE SOY MAYOR DE 18 AÑOS.

FECHA -

RUT

FIRMA ASEGURABLE DEPENDIENTE

FECHA

FIRMA ASEGURABLE TITULAR

BICE VIDA COMPAÑIA 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 COMPAÑIA 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 COMPAÑIA. LOS CLIENTES PUEDEN PRESENTAR SUS RECLAMOS AL DEFENSOR DEL ASEGURADO A TRAVES DE LA PAGINA WWW.DDACHILE.CL.