

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."

- SOLICITUD INICIAL ASEGURABLE TITULAR
 ACTUALIZACION DE DATOS ASEGURADO

N° POLIZA

I. DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE RUT

II. DATOS 1° SOSTENEDOR ECONOMICO

PORCENTAJE 1° SOSTENEDOR %

NOMBRE RUT F. NACIMIENTO

DIRECCION TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

RELACION CON EL ALUMNO PADRE MADRE OTRO ESPECIFIQUE:

III. DATOS 2° SOSTENEDOR ECONOMICO

PORCENTAJE 2° SOSTENEDOR %

NOMBRE RUT F. NACIMIENTO

DIRECCION TELEFONO

CORREO ELECTRONICO

RELACION CON EL ALUMNO PADRE MADRE OTRO ESPECIFIQUE:

IV. DATOS ALUMNOS

NOMBRE COMPLETO	RUT	FECHA NACIMIENTO	CURSO	INSTITUCION DE SALUD

V. 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 ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES CORRESPONDEN A 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? **(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 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 FUERE PRODUCTO DE UNA DE LAS ENFERMEDADES O DOLENCIAS COMPRENDIDAS EN EL LISTADO GENERICO DEL PUNTO V DE ESTE FORMULARIO.

ACEPTACION: OTORGO MI CONSENTIMIENTO A QUE SI LA CAUSA DE UN SINIESTRO QUE ME AFECTE, FUERE 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

FIRMA ASEGURABLE – 1° SOSTENEDOR

FIRMA ASEGURABLE – 2° SOSTENEDOR

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 SEGURO ESCOLARIDAD Y QUE TENGO CONOCIMIENTO QUE SOLO UNA VEZ EVALUADO Y ACEPTADO POR LA COMPAÑIA ASEGURADORA PODRE INGRESAR AL CONTRATO DE SEGURO. **2)** QUE HE LEIDO Y HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO DE TODAS LAS CONDICIONES DEL SEGURO COLECTIVO. **3)** QUE HE TOMADO CONOCIMIENTO DE LA COBERTURA COMPRENDIDA EN ESTE SEGURO Y DE LOS CASOS O CIRCUNSTANCIAS 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)** COMUNICACIONES A CORREO ELECTRONICO: DECLARO CONOCER Y AUTORIZAR QUE CUALQUIER COMUNICACION, DECLARACION O NOTIFICACION QUE DEBA EFECTUAR LA COMPAÑIA 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. **6)** ACTUALIZACION DE CORREO ELECTRONICO: PARA EFECTOS DE RECIBIR TODA COMUNICACION O NOTIFICACION QUE REMITA LA COMPAÑIA 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

FIRMA Y HUELLA DIGITAL ASEGURABLE
1° SOSTENEDOR

FIRMA Y HUELLA DIGITAL ASEGURABLE
2° SOSTENEDOR

FECHA DE PUÑO Y LETRA ASEGURABLE