



FORMULARIO DE SOLICITUD INCORPORACION SEGURO DE ESCOLARIDAD

IMPORTANTE: "USTEDESTASOLICITANDOSU INCORPORACION COMO ASEGURADO AUNA POLIZA O CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR EL CONTRATANTE, DIRECTAMENTE CON Mapfre Compañía de Seguros de Vida de Chile S.A."

SOLICITUD INICIAL ASEGURABLE TITULAR
 ACTUALIZACION DE DATOS ASEGURADO

I. DATOS CONTRATANTE

Contratante	Rut
-------------	-----

II. DATOS SOSTENEDOR

Nombre	Rut	F. Nacimiento	
Dirección	Teléfono		
Correo Electrónico			
Relación con el Alumno	Padre	Madre	Otro (especificar)

III. DATOS ALUMNOS

Nombre Completo	Rut	Fecha Nacimiento	Semestre	Carrera

IV. MONTOS ASEGURADOS, TASAS Y DURACION E INICIO DE VIGENCIA

EL MONTO SEÑALADO COMO "CAPITAL ANUAL", SE PAGARÁ, CUANDO CORRESPONDA POR INDEMNIZACIÓN DE QUE DA CUENTA LA PÓLIZA, EN FORMA ANUAL Y HASTA QUE EL ALUMNO TERMINE SUS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS DE PREGRADO.

COBERTURA	CAPITAL POR CADA ASEGURADO (1)	PRIMA MENSUAL POR CADA HIJO (2)		
		PRIMA NETA	IVA	PRIMA BRUTA
Vida (básica)	Matrícula y arancel de carreras de pregrado UF 164,16	UF 0,0966	---	UF 0,0966
TP 2/3 (Adicional)	Matrícula y arancel de carreras de pregrado UF 164,16	UF 0,0233	UF 0,0042	UF 0,0275
Total prima mensual por cada hijo		UF 0,1199	UF 0,0042	UF 0,1516

La fecha de inicio de vigencia será a contar del primer día del mes siguiente de recibida y aceptada la solicitud de incorporación por parte de la Compañía.

1) EL CAPITAL ASEGURADO CORRESPONDE AL RESULTANTE DEL MONTO ANUAL, POR LOS AÑOS DE ESTUDIO QUE LE RESTE A CADA HIJO POR EL CUAL SE ESTE PAGANDO PRIMA (PODRÁ EL ALUMNO REPETIR SOLAMENTE UN AÑO EN LA VIDA DE LA PÓLIZA). PARA EFECTOS DE AÑOS DE ESTUDIOS, LA COBERTURA CONSIDERA SÓLO ESTUDIOS DE PREGRADO DE LA UNIVERSIDAD CONTRATANTE Y COMPRENDE GASTOS DE MATRÍCULA, ARANCEL ANUAL Y SU PROCESO DE TITULACIÓN, NO CONSIDERANDO EN ELLO EL COSTO DE ESPECIALIDADES, DIPLOMADOS, POSTGRADOS O DOCTORADOS, Y CUALQUIERA DISTINTO AL DE PREGRADO TRADICIONAL.

ESTE SEGURO SE MANTENDRÁ VIGENTE MIENTRAS LAS PRIMAS DE CADA ASEGURADO INCLUIDO, SE ENCUENTREN PAGADAS Y SE CUMPLA CON LOS REQUISITOS BÁSICOS PARA LA MANTENCIÓN DEL CONTRATO Y SE RENOVARÁ AUTOMÁTICAMENTE POR NUEVOS PERÍODOS ANUALES, SALVO AVISO POR ESCRITO EN CONTRARIO, DADO POR CUALQUIERA DE LAS PARTES CON 30 DÍAS DE ANTICIPACIÓN A LA FECHA DE VENCIMIENTO DEL CONTRATO.

V. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

MEDIANTE EL PRESENTE DOCUMENTO, DECLARO CONOCER Y ACEPTAR LO SIGUIENTE:

1) QUE CONOZCO TODOS LOS REQUISITOS DEL (O LOS) SEGURO (S) , Y QUE HE RECIBIDO DE LA UNIVERSIDAD MAYOR TODAS LAS CONDICIONES DE (O LOS) SEGUROS. 2) QUE ESTOY EN CONOCIMIENTO DE LAS EXCLUSIONES QUE SE DETALLAN EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL (O LOS) SEGURO(S) Y DE SU CLÁUSULA ADICIONAL. 3) QUE ESTOY EN CONOCIMIENTO Y ACEPTO QUE ESTE SEGURO NO CUBRE ENFERMEDADES PREEXISTENTES, ENTENDIENDO COMO TAL CUALQUIER ENFERMEDAD O ACCIDENTE, DIAGNOSTICADO(S), CONOCIDO(S) U OCURRIDO(S), CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE MI SEGURO, O CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE LLENADO DE LA PRESENTE SOLICITUD. 4) QUE ESTOY EN CONOCIMIENTO Y ACEPTO QUE EL SEGURO NO CUBRE LA REALIZACIÓN O PARTICIPACIÓN EN UNA ACTIVIDAD O DEPORTE RIESGOSO, CONSIDERÁNDOSE COMO TALES AQUELLOS QUE OBJETIVAMENTE CONSTITUYAN UNA FLAGRANTE AGRAVACIÓN DEL RIESGO, ES DECIR, PONGAN EN RIESGO MI INTEGRIDAD FÍSICA Y/O SE REQUIERA DE MEDIDAS DE PROTECCIÓN O SEGURIDAD PARA REALIZARLOS. 5) DECLARO ESTAR EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD Y NO PADECER NI HABER PADECIDO NINGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, ENFERMEDAD CORONARIA, MIOCARDIOPATÍA, INSUFICIENCIA CARDÍACA, ARRITMIA CORONARIA, VALVULOPATÍA CARDÍACA, ANEURISMA, HIPERTENSIÓN PULMONAR, INSUFICIENCIA VENOSA (VARICES), ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA DE LAS ARTERIAS, ENFERMEDADES PULMONARES O BRONQUIALES CRÓNICAS: APNEA DEL SUEÑO, ENFERMEDAD BRONQUIAL OBSTRUCTIVA CRÓNICA, ASMA, FIBROSIS PULMONAR, TUBERCULOSIS, BRONQUIECTASIA, ENFISEMA. ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS: CÁNCER, TUMORES, LEUCEMIA,

Datos UMayor

Datos del apoderado

Datos del alumno

LINFOMAS, MIELOMA MÚLTIPLE. ENFERMEDADES ENDOCRINAS: DIABETES, ENFERMEDADES DE LA TIROIDES, ENFERMEDADES DE LA HIPOFISIS. TUMORES BENIGNOS: BOCIO, TUMOR CEREBRAL, NEOPLASIAS INTRAEPITELIAL, PÓLIPOS INTESTINALES, ADENOMA DE PRÓSTATA. ENFERMEDADES RENALES: INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, GLOMERULOPATIAS, NEFROPATIAS. ENFERMEDADES DIGESTIVAS: CIRROSIS HEPÁTICA, DAÑO HEPÁTICO CRÓNICO, HÍGADO GRASO, PANCREATITIS, COLITIS ULCEROSA, ENFERMEDAD DE CROHN, REFLUJO GASTROESOFÁGICO, SÍNDROME ULCEROSO GASTRODUODENAL. ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS: ACCIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO, ESCLEROSIS MÚLTIPLE, HEMIPLEJIA, HEMIPARESIA, EPILEPSIA, TEC, NEUROPATIA PERIFÉRICA, ENFERMEDAD DE PARKINSON, MIASTENIA GRAVIS, ESCLEROSIS MÚLTIPLE. PATOLOGÍA DE COLUMNA: HERNIA, DISCOPATIA, ESPONDILOARTROSIS, ESTENORRAQUIS. PATOLOGÍA DEL APARATO MÚSCULO ESQUELÉTICO: ARTRITIS, LUPUS, ARTROSIS, TENDINOPATÍA, FIBROMIALGIA, AMPUTACIÓN DE EXTREMIDADES. PATOLOGÍAS QUE LIMITAN LA VISTA O LA AUDICIÓN: CATARATAS, GLAUCOMA, RETINOPATÍA, MACULOPATIA, MIOPIA, ASTIGMATISMO, VÉRTIGO, HIPOACUSIA, TINNITUS. PATOLOGÍAS DE LA NUTRICIÓN: OBESIDAD, SOBREPESO, DESNUTRICIÓN, BULIMIA, ANOREXIA, ENFERMEDAD CELÍACA, INTOLERANCIA LACTOSA. ENFERMEDADES AUTOINMUNES O DE TRANSMISIÓN SEXUAL: SIFILIS, GONORREA, SIDA, VIRUS PAPILOMA.

EN CASO DE PADECER O HABER PADECIDO ALGUNA DE LAS PREEXISTENCIAS INDICADAS, O CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD NO SEÑALADA, USTED DEBE DECLARAR A CONTINUACIÓN:

	Descripción Enfermedad o Accidente	Fecha	CIE (uso)
1)			
2)			
3)			
4)			

SI QUIERE AGREGAR OBSERVACIONES SOBRE LO DECLARADO, DETALLAR A CONTINUACIÓN _____

DECLARO QUE NO REALIZO NINGUNA ACTIVIDAD O DEPORTE RIESGOSO, TALES COMO: MANEJO DE EXPLOSIVOS, TRABAJOS EN MINAS SUBTERRÁNEAS, TRABAJOS EN ALTURA O LÍNEAS DE ALTA TENSIÓN, BUNGEE, PARACAJIDISMO, PILOTO CIVIL, ALAS DELTA, PARAPENTE, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, VETERISMO, BUCEO O INMERSIONES SUBMARINAS, MONTAÑISMO, SKI FUERA DE PISTA, ESPELEOLOGÍA, BOMBERO, PARTICIPACION EN CARRERAS DE VELOCIDAD, USO DE MOTO COMO VEHICULO DE TRASLADO. EN CASO DE EFECTUAR ALGUNA ACTIVIDAD O DEPORTE RIESGOSO INDICADO, USTED DEBE DECLARAR A CONTINUACIÓN: _____

ACEPTACION ESPECIAL: TOMO CONOCIMIENTO Y ACEPTO EXPRESAMENTE QUE TODA ENFERMEDAD O DOLENCIA PREEXISTENTE DECLARADA PRECEDENTEMENTE IMPLICA QUE RESPECTO DE EL(LA)S, LOS BENEFICIOS DE ESTE CONTRATO DE SEGURO NO OPERAN 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 SIGNIFICARÁ QUE LA COBERTURA DEL CONTRATO DE SEGURO NO OPERARÁ SI LA CAUSA DEL SINIESTRO FUESE PRODUCTO DE UNA DE LAS ENFERMEDADES O DOLENCIAS COMPRENDIDAS EN EL LISTADO DEL PUNTO V. 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, DOLENCIAS O SITUACIONES DE SALUD DIAGNOSTICADAS O CONOCIDAS ANTES DE LA CONTRATACION DE ESTE SEGURO, ESTE NO TENDRA COBERTURA.

DECLARACIONES DEL ASEGURABLE: LEER DETALLADAMENTE ANTES DE FIRMAR.

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 DEBE 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.

Declaración de preexistencias del apoderado



EL ASEGURADO QUE SUSCRIBE LA SIGUIENTE PROPUESTA DECLARA EXPRESAMENTE QUE HA RECIBIDO OPORTUNA Y ADECUADAMENTE ASESORÍAS DE PARTE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA, RESPECTO DE LAS COBERTURAS Y CONDICIONES DEL CONTRATO DE SEGURO.

FECHA / /

FIRMA ASEGURADOTITULAR

Firma lápiz azul del
apoderado

LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE SEGURO Y DE SUS EXCLUSIONES SE ENCUENTRAN DEPOSITADAS CON EL CÓDIGO POL DE VIDA 220130939 Y EN LA CAD 220131905, EN LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS. USTED PUEDE REVISAR ESTE TEXTO EN WWW.SVS.CL. VIDA SECURITY SE ENCUENTRA ADHERIDA AL CÓDIGO DE AUTORREGULACIÓN DE LAS COMPAÑÍAS DE SEGUROS Y ESTÁ SUJETA AL COMPENDIO DE BUENAS PRÁCTICAS CORPORATIVAS, QUE TIENE 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 WWW.AACH.CL.

ASIMISMO, CON LA INCORPORACIÓN AL SEGURO, 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 MAPFRE O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.DDACHILE.CL