

Instructivo llenado formulario de solicitud incorporación seguro de escolaridad

II. El punto dos se debe completar con los antecedentes de sostenedor

Considerar únicamente los puntos destacados en color amarillo.

II. DATOS 1° SOSTENEDOR ECONOMICO PORCENTAJE 1° SOSTENEDOR %

NOMBRE	RUT	F. NACIMIENTO
DIRECCION	TELEFONO	
CORREO ELECTRONICO		
RELACION CON EL ALUMNO <input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> OTRO ESPECIFIQUE: _____		

IV. el punto 4 debe indicar los datos del o los alumnos.

Considerar únicamente los puntos destacados en color amarillo.

IV. DATOS ALUMNOS

NOMBRE COMPLETO	RUT	FECHA NACIMIENTO	CURSO	INSTITUCION DE SALUD

V. el punto 5 es el punto más importante, puesto que se debe declarar las enfermedades diagnosticada en caso que correspondan, por favor no omitir información.

Considerar únicamente los puntos destacados en color amarillo.

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 AFRMATVA (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, FUESE PRODUCTO, DERIVE O ESTUMESE 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.

Etapa final de llenado: Antes de firmar se sugiere leer detalladamente

Considerar únicamente los puntos destacados en color amarillo.

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

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.