



UNIVERSIDAD MAYOR

Tengo mi  
**MATRÍCULA**



**INSTRUCTIVO DE**

**FIRMA DE**

**DOCUMENTOS**

**CONTRATO:** Página nro. 4, se firma donde dice **ALUMNO Y APODERADO**

Página nro. 6, se firma dónde sale el nombre del alumno, en el lado donde dice firma, lo mismo donde sale el nombre del apoderado

**DÉCIMO:** Sin perjuicio de lo expuesto en el artículo precedente, las partes convienen que el alumno podrá renunciar a la carrera o programa en los términos establecidos en la Reglamentación de la Universidad Mayor que se encuentre vigente a la fecha de la renuncia. En dicho caso, las obligaciones pecuniarias que se encontraren pendientes hasta el cierre del período académico correspondiente, deberán ser cumplidas en tiempo y forma.

**UNDÉCIMO:** Para los efectos derivados del presente contrato, las partes fijan su domicilio en la ciudad y comuna de Santiago y se someten a la competencia de sus Tribunales Ordinarios de Justicia.

**DUODÉCIMO:** El presente contrato se firma en dos ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder de cada parte.

  
LORENA VILLASEÑOR M.  
p.p. Universidad Mayor

  
ALUMNO(A)

  
APODERADO

#### DECLARACIÓN

Declaro haber sido debidamente informado respecto de los cargos que me podrían afectar en caso de atraso en el pago de mis obligaciones, habiendo recibido conjuntamente con la suscripción del contrato de prestación de servicios educacionales la información contenida en el presente documento.

Según lo anterior declaro conocer, entender y aceptar lo señalado en precedente.

**Nombre del Alumno** : MACARENA JAEL RAYAGDA TCHIMINO  
**Rut** : 91.127.040-4  
**Fecha** : 29 de Noviembre de 2012  
**Firma** : 

**Nombre del Apoderado** :  
**Rut** :  
**Fecha** : 29 de Noviembre de 2012  
**Firma** : 



FORMA DE FIRMAR LAS FOTOCOPIA DE CARNET (NUMERO DE COPIAS 3)



**PAGARÉ PAC ARANCEL:** se firma en la página 2, arriba de donde dice Firma Suscriptor, la firma tiene que ser con lápiz de color **azul**, al lado derecho de la firma tiene que venir con huella (pulgar derecho), además se tiene que adjuntar **3 FOTOCOPIAS DE CARNET**, en las cuales tienen que venir firmadas con lápiz **azul y huella**.

		Nº 000001102																					
<b>PAGARÉ (PAC)</b>																							
<p>Deberé pagar a la orden de Universidad Mayor, Pte. 71.000.000-CL, en su valor nominal. Me Acreditó respecto del IMPORTE, Compañía de LAS COMODAS, la suma total de UN MILLON CIENTO TREINTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS en moneda nacional, cantidad que reconozco deber por concepto de servicio de prestación de servicios educacionales, el que para todos los efectos legales forma parte integrante de este pagaré.</p> <p>La suma adeudada se liquidará la pagaré en 20 cuotas mensuales y sucesivas con vencimiento en las siguientes fechas:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nº Cuota</th> <th>El valor</th> <th>Fecha Vencimiento</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td>\$7.100.000</td> <td>31.03.2013</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td>\$7.100.000</td> <td>30.04.2013</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td>\$7.100.000</td> <td>31.05.2013</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td>\$7.100.000</td> <td>30.06.2013</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td>\$7.100.000</td> <td>31.07.2013</td> </tr> <tr> <td>06</td> <td>\$7.100.000</td> <td>30.08.2013</td> </tr> </tbody> </table> <p>En caso de mora o simple incumplimiento en el pago se devengará un interés mensual igual al interés máximo convencional que la ley permite para operaciones de crédito su monto no excederá por períodos comprendidos entre la fecha de la mora o simple incumplimiento hasta el día de su pago.</p> <p>En caso de mora o simple incumplimiento en el pago de cualquiera de las cuotas antes señaladas, adepto expresamente que la Universidad Mayor podrá exigir anticipadamente el pago íntegro y total de la deuda exigible, la que se considerará como de plazo vencido para todos los efectos legales. La obligación contenida en este instrumento es indivisible, para todos los efectos legales, indivisibilidad que pasará a los herederos y sucesores del deudor, pudiendo la Universidad Mayor, demandar su acción a cualquiera de ellos.</p> <p>Levado a Universidad Mayor de la obligación de presentar el presente pagaré en caso de no ser pagado a su vencimiento.</p> <p>Para todos los efectos del presente instrumento me someto a la competencia y jurisdicción de los tribunales ordenados de Justicia de la ciudad de Santiago facultando anticipadamente para que el presente instrumento admítase o subscriba de los tribunales en los que tenga efecto este escrito en el país.</p> <p>En SANTIAGO, a 16 de Noviembre del 2012</p>			Nº Cuota	El valor	Fecha Vencimiento	01	\$7.100.000	31.03.2013	02	\$7.100.000	30.04.2013	03	\$7.100.000	31.05.2013	04	\$7.100.000	30.06.2013	05	\$7.100.000	31.07.2013	06	\$7.100.000	30.08.2013
Nº Cuota	El valor	Fecha Vencimiento																					
01	\$7.100.000	31.03.2013																					
02	\$7.100.000	30.04.2013																					
03	\$7.100.000	31.05.2013																					
04	\$7.100.000	30.06.2013																					
05	\$7.100.000	31.07.2013																					
06	\$7.100.000	30.08.2013																					
		Fecha: 01/11/2012 Nombre Suscriptor: <b>JORGE ANDRES ANDRACE PEREZ</b> Número IMPORTE: 73000001 NIT: 71.000.000-1 Dirección: <b>AV. LOS VALDESALOS 4100, PROVIDENCIA</b> Puntaje: 77.970.000 Cédula: 77.924.750																					

**MANDATO PAC:** se debe **imprimir 2 copias** del mandato, los cuales debe llenar con: tipo de cuenta poniendo un **1 si es cuenta corriente** y un **2 si es cuenta vista**. También debe poner el **nombre o dirección de la sucursal en la casilla donde dice sucursal**, por ultimo colocar su firma sobre la línea de donde dice MANDANTE con la huella respectiva al costado derecho **(LA FIRMA DEBE SER CON LAPIZ AZUL)**



**MANDATO GENERICO PAGO AUTOMATICO DE CUENTAS**

Por el presente Instrumento, "el Mandante", el cual se individualiza más adelante, otorga el mandato e instruye al Banco que se indica en este Instrumento, para que éste proceda a pagar a **UNIVERSIDAD MAYOR**, RUT 71.500.500-K, en adelante denominada "la Empresa", por los cobros de servicio que ésta le presente, y mediante cargo en la cuenta bancaria que se señala al final de este instrumento.

El Mandante asume el compromiso de mantener los fondos disponibles en la cuenta señalada, incluidos los de su línea de crédito automática y/o línea de sobregiro si la tuviere, para cubrir estos cargos.

El presente mandato comenzará a regir a contar del mes en que "la Empresa" informe en la boletas o Facturas de consumo que los montos de las mismas se cancelarán a través del sistema de pago electrónico de cuentas. Al efecto, en dichas cuentas de consumo "la Empresa" estampará la frase "acogido a Convenio de Pago Electrónico en Banco Santander".

El presente mandato se otorga por un plazo indefinido, sin perjuicio de que "el Mandante" pueda revocarlo notificando por escrito al Banco con una anticipación mínima de 30 días corridos. Además el presente Mandato expirará en el evento que "el Mandante" cierre la cuenta bancaria individualizada, o que ésta fuera cerrada por cualquier causa, motivo o circunstancia.

Se deja constancia de que este mandato vincula directamente a "el Mandante" con el Banco, quedando liberada "la Empresa" de cualquier responsabilidad, salvo en lo referido al suministro oportuno y correcto de la información al Banco del Mandante para los cobros respectivos, caso en el cual el Banco quedará liberado de toda responsabilidad.

**Datos del mandante (titular de la Cuenta Bancaria)**

Nombre: **JORGE ANDRÉS ANDRÁDE PÉREZ**  
Rut: **10.458.325-1** Teléfono: **02 5171234**  
Tipo de Cuenta: **1. Corriente 2. Vista** (se debe adjuntar fotocopia CI ambos casos) Tipo: **\_\_\_\_\_**  
Cuenta: **1234567** Banco: **Banco Santander** Sucursal: **\_\_\_\_\_**  
Identificación del servicio (N° cliente, N° servicio, N° telefónico, etc., según cada empresa max. 15 caracteres)  
N° cliente: **5005019**

En SANTIAGO, a **01 ENERO 2013**

  
Firma de "el Mandante"



**FORMA DE FIRMAR LA FOTOCOPIA DE CARNET (3 COPIAS)**



**PAGARE VISTA (CAE – BECA MINISTERIAL)** este documento solo lo firmará el alumno en los recuadros solicitados que se menciona “Firma Alumno” y deberá colocar su huella al lado derecho de la firma.

El alumno deberá adjuntar 2 fotocopias de carnet con firma y huella

#### PAGARÉ A LA VISTA

Folio °0000105572  
IC 5200873

En SANTIAGO , a 22 de Agosto del 2014, IGNACIO ANDRÉS POBLETE ROJAS, cédula de identidad N° 19.298.842-K, domiciliado en AV AMERICO VESPUCIO SUR # 357, comuna de LAS CONDES, reconozco adeudar y me obligo a pagar a la orden de UNIVERSIDAD MAYOR, corporación de derecho privado sin fines de lucro, rol único tributario número 71.500.500-K, con domicilio en Av. Américo Vespucio Sur N°357, comuna de LAS CONDES, SANTIAGO, Región Metropolitana, en adelante la "beneficiaria", la cantidad de \$ 475.000 (CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL), bajo los términos y condiciones que a continuación se indican:

1. El pago deberá efectuarse en la fecha de su presentación a cobro, en fondos inmediatamente disponibles.
2. La cantidad adeudada no devengará intereses ni reajustes de ninguna clase, salvo en el caso contemplado en el numeral siguiente.
3. En caso del no pago íntegro, efectivo y oportuno de la cantidad adeudada al solo requerimiento del presente instrumento, esta última devengará un interés mensual igual al interés máximo convencional que la Ley permite para operaciones de crédito de dinero no reajustables calculado desde la fecha que se produjo el retardo o mora y hasta su pago efectivo.
4. En caso de retardo o mora, cualquier pago se imputará primero a intereses, luego a reajustes y, por último a capital.
5. Todo lo señalado en los números anteriores, es sin perjuicio de la obligación del suscriptor de pagar las costas judiciales y demás gastos que se originen con ocasión del cobro de este pagaré.
6. El pago deberá efectuarse en las oficinas de la Universidad Mayor ubicadas en Santiago, Av. Américo Vespucio Sur N°357, comuna de LAS CONDES, o en el domicilio que la beneficiaria señale para exigir o requerir el cumplimiento de esta obligación.
7. La obligación de que da cuenta este pagaré tendrá el carácter de indivisible, y su cumplimiento podrá exigirse a cualesquiera de los herederos, sucesores o continuadores legales del suscriptor, en los términos que establecen los artículos 1526 N° 4, 1528 y 1531 del Código Civil.
8. Para todos los efectos derivados del presente instrumento, el suscriptor y/o su aval constituyen domicilio en la ciudad y comuna de Santiago, y se someten expresamente a la competencia de sus tribunales ordinarios de justicia.
9. Todos los gastos, derechos e impuestos de timbres que causare el otorgamiento del presentepagaré, su re suscripción o prórroga, su notificación u otra circunstancia relativa a aquél o producida con ocasión o motivo del mismo, serán de cargo exclusivo del suscriptor.

10. El presente pagaré se suscribe con cláusula "sin protesto", esto es, el suscriptor liberaexpresamente a la Universidad Mayor de la obligación de protesto, pero en el evento de practicarse, se obliga desde ya a pagar los gastos e impuestos que dicha diligencia devengue.



Nombre del Alumno : IGNACIO ANDRÉS POBLETE ROJAS  
Cédula Identidad N° : 19.298.842-K  
Domicilio : AV AMERICO VESPUCIO SUR # 357, LAS CONDES  
Fono : 02-27256035  
Celular : 98416541  
E-Mail : IGNACIO.POBLETE@MAYOR.CL

**DECLARACION BECA MINISTERIAL:** Este documento solo lo firmará el alumno en los recuadros solicitados que se menciona "Firma Alumno" y deberá colocar su huella al lado derecho de la firma.

SANTIAGO, a 22 de Agosto del 2014

**DECLARACIÓN BECA MINISTERIAL**

**FOLIO: 0000105572**

Yo, IGNACIO ANDRÉS POBLETE ROJAS, cédula de identidad N° 19.298.842-K, por el presente instrumento declaro haber firmado el Pagaré Folio N° 0000105572, a fin de garantizar personalmente el pago de los servicios educacionales que constan en contrato de prestación de servicios que he suscrito con la Universidad, ello mientras se confirma la obtención de la BECA MINISTERIAL.

Asimismo, declaro haber recibido toda la información clara y oportuna respecto de la documentación que suscribo.



SANTIAGO, a 22 de Agosto del 2014

**DECLARACION CAE:** Este documento solo lo firmará el alumno en los recuadros solicitados que se menciona "**Firma Alumno**" y deberá colocar su huella al lado derecho de la firma.

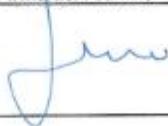
SANTIAGO, a 22 de Agosto del 2014

**DECLARACIÓN CRÉDITO CAE**

**FOLIO: 0000105571**

Yo, IGNACIO ANDRÉS POBLETE ROJAS, cédula de identidad N° 19.298.842-K, por el presente instrumento declaro haber firmado el Pagaré Folio N° 0000105571, a fin de documentar personalmente el pago de los servicios educacionales que constan en contrato de prestación de servicios que he suscrito con la Universidad, ello mientras se confirma la obtención del Crédito Aval del Estado y se acredita la firma del pagaré bancario respectivo.

Asimismo, declaro haber recibido toda la información clara y oportuna respecto de la documentación que suscribo.

Firma del Alumno	Huella
	

SANTIAGO, a 22 de Agosto del 2014

**FORMA DE FIRMAR LAS FOTOCOPIA DE CARNET (NUMERO DE COPIAS 2)**



**DPS (DECLARACION PERSONAL DE SALUD)** este documento debe ser llenado y firmado por el **sostenedor estudiantil**, solo debe llenarse la página 2 y finaliza el llenado con su firma con lápiz azul.

Hoja 1:



**FORMULARIO DE SOLICITUD INCORPORACION SEGURO DE ESCOLARIDAD**

**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 BBVA Seguros de Vida S.A.'

- SOLICITUD INICIAL ASEGURABLE TITULAR  
 ACTUALIZACION DE DATOS ASEGURADO

**I. DATOS CONTRATANTE**

Contratante	UNIVERSIDAD MAYOR	Rut	71.500.500-K
-------------	-------------------	-----	--------------

**II. DATOS SOSTENEDOR**

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

**III. DATOS ALUMNOS**

Nombre Completo	Rut	Fecha Nacimiento	Semestre	Carrera



**IV. MONTO ASEGURADOS, TASAS Y DURACION**

EL MONTO SEÑALADO COMO 'CAPITAL ANUAL', SE PAGARÁ, CUANDO CORRESPONDA POR INDEMNIZACIÓN DE QUE DA CUENTA LA POLIZA, 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 carrera de pregrado UF 164,16	UF 0,0570	--	UF 0,0570
TP 03 (Adicional)	Matrícula y arancel de carrera de pregrado UF 164,16	UF 0,0200	UF 0,0038	UF 0,0238
Total prima mensual por cada hijo		UF 0,0770	UF 0,0038	UF 0,0808

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 ESTÉ PAGANDO PRIMA (PODRÁ EL ALUMNO REPETIR SOLAMENTE UN AÑO EN LA VIDA DE LA POLIZA). 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 (VÁRICES), 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.

Hoja 2:



LINFOMAS, MIELOMA MÚLTIPLE, ENFERMEDADES ENDOCRINAS: DIABETES, ENFERMEDADES DE LA TIROIDES, ENFERMEDADES DE LA HIPOFISIS, TUMORES BENIGNOS: BOCIO, TUMOR CEREBRAL, NEOPLASIAS INTRAEPITELIAL, POLIPOS INTESTINALES, ADENOMA DE PROSTATA, ENFERMEDADES RENALES: INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA, GLOMERULOPATÍAS, NEFROPATÍAS, 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, DISCOPATÍA, ESPONDILOARTROSIS, ESTENORRAQUIIS, PATOLOGÍA DEL APARATO MÚSCULO ESQUELÉTICO: ARTRITIS, LUPUS, ARTRÓSIS, TENDINOPATIA, FIBROMIALGIA, AMPUTACIÓN DE EXTREMIDADES, PATOLOGÍAS QUE LIMITAN LA VISTA O LA AUDICIÓN: CATARATAS, GLAUCOMA, RETINOPATIA, MACULOPATIA, MIOPIA, ASTIGMATISMO, VÉRTIGO, HIPOACUSIA, TINNITUS, PATOLOGÍAS DE LA NUTRICIÓN: OBESIDAD, SOBREPESO, DESNUTRICIÓN, BULIMIA, ANOREXIA, ENFERMEDAD CELIACA, 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:

Table with 3 columns: Descripción Enfermedad o Acontecimiento, FECHA, CIE (USO)



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 LINEAS DE ALTA TENSION, BUNJEE, PARACAIDISMO, PILOTO CIVIL, ALAS DELTA, PARAPENTE, AUTOMOVILISMO, MOTOCICLISMO, Velerismo, 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 ELLA(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 ETALLADAMENTE 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.

Hoja 3:



SI USTED NO DESEA RECIBIR SUS COMUNICACIONES Y NOTIFICACIONES A TRAVÉS DE SU CORREO ELECTRONICO MARCAR AQUÍ

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

FECHA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FIRMA ASEGURADO TITULAR



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 AUTORREGULACION DE LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS Y ESTÁ SUJETA AL COMPENDIO DE BUENAS PRÁCTICAS CORPORATIVAS, QUE TIENE UN CONJUNTO DE NORMAS DESTINADAS A PROMOVER UNA ADECUADA RELACION DE LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS CON SUS CLIENTES. COPIA DE ESTE COMPENDIO SE ENCUENTRA EN WWW.AACH.CL.

ASIMISMO, CON LA INCORPORACION AL SEGURO, HA ACEPTADO LA INTERVENCION DEL DEFENSOR DEL ASEGURADO CUANDO LOS CLIENTES LE PRESENTEN RECLAMOS EN RELACION 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 VIDA SECURITY O A TRAVÉS DE LA PÁGINA WEB WWW.DDACHILE.CL