

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCORPORACION SEGUROS COLECTIVOS VIDA Y SALUD

- SOLICITUD INICIAL ASEGURABLE TITULAR
- INCORPORACION DE CARGAS
- MODIFICACION DE DATOS DE CAPITAL
- ACTUALIZACION DE DATOS ASEGURADO

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."

TIPO DE SEGURO (MARCAR SEGUN CORRESPONDA):

VIDAN° DE POLIZA _____ SALUD/N° DE POLIZA _____ DENTAL/N° DE POLIZA _____ CATASTROFICO/N° DE POLIZA _____

I. DATOS DEL CONTRATANTE O EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE	RUT <input style="width: 100%;" type="text"/>
---------------------------------------	---

II. DATOS DEL ASEGURABLE TITULAR (POSTULANTE AL SEGURO)

APELLIDO PATERNO						APELLIDO MATERNO						NOMBRES						RUT <input style="width: 100%;" type="text"/>								
DIRECCION / COMUNA/PAIS												NACIONALIDAD						TELEFONO								
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
FECHA NACIMIENTO			SEXO			ESTADO CIVIL			FECHA INGRESO EMPRESA			SISTEMA DE SALUD			NOMBRE ISAPRE											
EMAIL DEL ASEGURADO <input style="width: 100%;" type="text"/>												CAPITAL UF						RENTA \$								

FORMA DE PAGO REEMBOLSOS DE SALUD (SALUD, DENTAL Y CATASTROFICO SI CORRESPONDE)

<input type="checkbox"/> CTA. CTE. <input type="checkbox"/> CTA. VISTA <input type="checkbox"/> CTA. AHORRO <input type="checkbox"/> CHEQUE				N° CUENTA				BANCO			
---	--	--	--	-----------	--	--	--	-------	--	--	--

III. BENEFICIARIO SEGUROS DE VIDA (EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO TITULAR). SE RECOMIENDA DESIGNAR MAYORES DE EDAD

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.

IV. DATOS CONTACTABILIDAD DE BENEFICIARIOS

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

NOMBRE PERSONA CONTACTO												TELEFONO FIJO						CELULAR					
DIRECCION																							
EMAIL			<input style="width: 100%;" type="text"/>																				
NOMBRE PERSONA CONTACTO												TELEFONO FIJO						CELULAR					
DIRECCION																							
EMAIL			<input style="width: 100%;" type="text"/>																				

EN EL CASO QUE EL ASEGURADO TITULAR 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".

V. GRUPO FAMILIAR SEGURO DE SALUD (CONYUGE / HIJOS) Y DENTAL (SI CORRESPONDE)

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NAC.	INST. SALUD

VI. DECLARACION DE ACTIVIDADES

¿PRACTICA UD. ALGUN DEPORTE? NO SI FAVOR INDICAR CUAL Y FRECUENCIA _____

¿PRACTICA UD. ALGUNA ACT. RIESGOSA? NO SI FAVOR INDICAR CUAL Y FRECUENCIA _____

SE HACE PRESENTE QUE LAS ACTIVIDADES Y DEPORTES RIESGOSOS POR USTED DECLARADAS SOLO SERAN CUBIERTAS POR EL CONTRATO DE SEGURO UNA VEZ QUE LA COMPAÑIA ASEGURADORA LAS HAYA APROBADO DE FORMA EXPRESA.

