

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCORPORACION SEGUROS COLECTIVOS ACCIDENTES PERSONALES

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

N° POLIZA

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."

I. DATOS DEL CONTRATANTE O EMPLEADOR

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE		RUT	<input type="text"/>
---------------------------------------	--	-----	----------------------

II. DATOS DEL ASEGURABLE TITULAR (POSTULANTE AL SEGURO)

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUT	<input type="text"/>
DIRECCION / COMUNA/PAIS				NACIONALIDAD		TELEFONO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
FECHA NACIMIENTO		SEXO		ESTADO CIVIL		FECHA INGRESO EMPRESA	
M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
EMAIL DEL ASEGURADO				SISTEMA DE SALUD		NOMBRE ISAPRE	
<input type="text"/>				ISAPRE <input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	
				CAPITAL UF		RENTA \$	
				<input type="text"/>		<input type="text"/>	

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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			
NOMBRE PERSONA CONTACTO		TELEFONO FIJO	CELULAR
DIRECCION			
EMAIL			

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. 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.

VI. 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 SEGUROS COLECTIVOS ACCIDENTES PERSONALES 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 CONTRATADO POR MI EMPLEADOR CON BICE VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

3) QUE HE TOMADO CONOCIMIENTO DE LA COBERTURA COMPRENDIDA EN ESTE SEGURO Y DE LOS CASOS O CIRCUNTANCIAS 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) AUTORIZO A BICE VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. A SOLICITAR TODOS AQUELLOS ANTECEDENTES Y EXAMENES MEDICOS QUE CONSIDERE NECESARIOS PARA LA EVALUACION DEL RIESGO PROPUESTO.

6) 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.

7) 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

FECHA

RUT

FIRMA ASEGURABLE TITULAR

FECHA

TIMBRE Y FIRMA CONTRATANTE

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.