

# 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):  
 VIDA/N° 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"/> 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	FECHA INGRESO EMPRESA		<input type="checkbox"/> ISAPRE <input type="checkbox"/> FONASA	NOMBRE ISAPRE	
FECHA NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL		SISTEMA DE SALUD		RENTA \$
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 <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	FAVOR INDICAR CUAL Y FRECUENCIA _____
¿PRACTICA UD. ALGUNA ACT. RIESGOSA?	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	FAVOR INDICAR CUAL Y FRECUENCIA _____
<b>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.</b>			

**VII. DECLARACION OBLIGATORIA DE ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES**

(ESTA DECLARACION Y ACEPTACION ES DEL POSTULANTE AL SEGURO INDIVIDUALIZADO EN EL PUNTO II Y DEBE INCLUIR A SU GRUPO FAMILIAR)

**ADVERTENCIA. LECTURA OBLIGATORIA**

LISTADO GENERICO DE ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES SIN COBERTURA DEL CONTRATO DE SEGURO:

1. TUMORES	12. ENFERMEDADES NUTRICIONALES	23. ENFERMEDADES LINFATICAS
2. CANCER	13. ENFERMEDADES METABOLICAS	24. ENFERMEDADES MENTALES
3. ENFERMEDADES CEREBRO VASCULARES	14. ENFERMEDADES SIST. NERVIOSO	25. ENFERMEDADES SIQUIATRICAS
4. ENFERMEDADES SIST. RESPIRATORIO	15. ENFERMEDADES INFECCIOSAS	26. ENFERMEDADES DEL OIDO
5. ENFERMEDADES SIST. CARDIOVASCULAR	16. ENFERMEDADES PARASITARIAS	27. ENFERMEDADES DE LA NARIZ
6. ENFERMEDADES DEL CORAZON	17. ENFERMEDADES DE LAS ARTICULACIONES	28. ENFERMEDADES DE LA BOCA
7. ENFERMEDADES SIST. CIRCULATORIO	18. ENFERMEDADES MUSCULARES	29. ENFERMEDADES DE LA GARANTA
8. ENFERMEDADES SIST. DIGESTIVO	19. ENFERMEDADES DE LA PIEL	30. ENFERMEDADES DE LOS OJOS
9. ENFERMEDADES RENALES	20. ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS	31. ENFERMEDADES SIST. OSEO
10. ENFERMEDADES SIST. GENITOURINARIO	21. ENFERMEDADES DE LA SANGRE	32. OBESIDAD
11. ENFERMEDADES SIST. ENDOCRINO	22. ENFERMEDADES DE LOS GANGLIOS	

**TENGA PRESENTE QUE SON ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES AQUELLAS 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 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 O A ALGUN MIEMBRO DE SU GRUPO FAMILIAR 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 PREEXISTENCIA QUE SE INDICAN EN EL CUADRO ANTERIOR? (MARQUE CON UNA X EN LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA) NO  SI

**SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA (SI), POR FAVOR COMPLETE EL SIGUIENTE RECUADRO INDICANDO LA O LAS ENFERMEDADES O DOLENCIAS EN PARTICULAR Y LOS DATOS PERTINENTES:**

NOMBRE COMPLETO (POSTULANTE DEL SEGURO O MIEMBRO GRUPO FAMILIAR)	ENFERMEDAD Y/O DOLENCIA PREEXISTENTE	FECHA DIAG. O CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD (INDICAR MES Y AÑO)

**ACEPTACION ESPECIAL:** TOMO CONOCIMIENTO Y ACEPTO EXPRESAMENTE QUE TODA ENFERMEDAD Y/O DOLENCIA PREEXISTENTE DECLARADA PRECEDENTEMENTE IMPLICA CON RESPECTO A 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, ASI COMO LAS DE MI GRUPO FAMILIAR, 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 VI DE ESTE FORMULARIO.

**ACEPTACION:** OTORGO MI CONSENTIMIENTO A QUE SI LA CAUSA DE UN SINIESTRO QUE ME AFECTE A MI O A ALGUN MIEMBRO DE MI GRUPO FAMILIAR, FUERE PRODUCTO, DERIVE O ESTUVIESE 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.

FECHA

RUT

\_\_\_\_\_  
FIRMA ASEGURABLE TITULAR

**IMPORTANTE:** OBSERVACIONES AL SEGURO DE SALUD  
**AL CONTRATAR O INCORPORARSE A ESTE SEGURO DE SALUD, USTED DEBE TENER PRESENTE LO SIGUIENTE:** 1.- ESTE ES UN SEGURO VOLUNTARIO, QUE REEMBOLSA SOLO LOS GASTOS MEDICOS CUBIERTOS POR ESTA POLIZA Y DE CARGO DEL ASEGURADO. 2.- ESTE SEGURO, NO SUSTITUYE LA COBERTURA QUE OTORGA LA ISAPRE O FONASA Y NO NECESARIAMENTE CUBRE LAS MISMAS PRESTACIONES. 3.- ANTES DE CONTRATAR ESTE SEGURO ES IMPORTANTE QUE USTED SE INFORME Y TENGA CLARIDAD SOBRE LOS SIGUIENTES ASPECTOS: DURACION DE ESTE SEGURO. / COMO Y BAJO QUE CONDICIONES SE RENUEVA ESTE SEGURO. / DE QUE MANERA SE VA A REAJUSTAR EL COSTO DE ESTE SEGURO, EN CASO DE RENOVACION. / EN QUE CASOS NO SE PAGARA ESTE SEGURO. / LOS REQUISITOS PARA COBRAR EL SEGURO. 4.- EN EL SIGUIENTE CUADRO SE RESUMEN ALGUNOS ANTECEDENTES IMPORTANTES QUE USTED DEBE CONSIDERAR, AL MOMENTO DE CONTRATAR ESTE SEGURO.

ESTE SEGURO:  
**NO** CONTEMPLA RENOVACION GARANTIZADA.  
**SI** PODRA AUMENTAR LA PRIMA (PRECIO) EN CASO DE RENOVACION DE LA POLIZA.  
**SI** CONSIDERA LA SINISTRALIDAD INDIVIDUAL PARA EL AUMENTO DE LA PRIMA EN CASO DE RENOVACION.  
**NO** CUBRE PREEXISTENCIAS.

5.- LAS CONDICIONES GENERALES DE ESTE SEGURO SE ENCUENTRAN DEPOSITADAS, CON EL CODIGO SEGUN CORRESPONDA AL SEGURO CONTRATADO E INDICADO EN CONDICIONES PARTICULARES Y CERTIFICADO DE COBERTURA, EN LA SUPERINTENDENCIA DE VALORES Y SEGUROS. USTED PUEDE REVISAR ESTE TEXTO EN WWW.SVS.CL

**VIII. DECLARACIONES DEL ASEGURABLE (LEER DETALLADAMENTE ANTES DE FIRMAR)**

**DECLARACIONES:** POR ESTE ACTO DECLARO LIBRE E INFORMADAMENTE LO SIGUIENTE: 1) QUE LIBREMENTE FIRMO Y PRESENTE ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCORPORACION SEGUROS COLECTIVOS VIDA Y SALUD Y QUE TENGO CONOCIMIENTO QUE SOLO UNA VEZ EVALUADO Y ACEPTADO POR LA COMPANIA ASEGURADORA PODRE INGRESAR AL CONTRATO DE SEGURO. 2) QUE HE LIDO Y HE SIDO DEBIDAMENTE INFORMADO DE TODAS LAS CONDICIONES DEL SEGURO COLECTIVO CONTRATADO POR MI EMPLEADOR CON BICEVIDA COMPANIA DE SEGUROS S.A. 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) AUTORIZO A BICEVIDA COMPANIA 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 COMPANIA 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 COMPANIA 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

BICEVIDA COMPANIA DE SEGUROS S.A. SE ENCUENTRA ADHERIDA AL CODIGO DE AUTORREGULACION Y AL COMPENDIO DE BUENAS PRACTICAS DE LAS COMPANIAS DE SEGUROS, QUE CONTIENE UN CONJUNTO DE NORMAS DESTINADAS A PROMOVER UNA ADECUADA RELACION DE LAS COMPANIAS DE SEGUROS CON SUS CLIENTES. COPIA DE ESTE COMPENDIO SE ENCUENTRA A DISPOSICION DE LOS INTERESADOS EN WWW.AUTORREGULACION.CL. ASIMISMO, BICEVIDA COMPANIA 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 COMPANIA. LOS CLIENTES PUEDEN PRESENTAR SUS RECLAMOS AL DEFENSOR DEL ASEGURADO A TRAVES DE LA PAGINA WWW.DDACHILE.CL.