BICE VIDA

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCORPORACION SEGUROS COLECTIVOS SALUD

☐ SOLICITUD INICIAL ASEGURABLE TITULAR
☐ INCORPORACION DE CARGAS
☐ 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 BICE VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A."

TIPO DE SEGURO (MARCAR SEGUN CORRESPONDA):
☐ 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 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐

II. DATOS DEL ASEGURABLE TITULAR (POSTULANTE AL SEGURO)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ – ☐
DIRECCION / COMUNA			TELEFONO

FECHA NACIMIENTO	SEXO	ESTADO CIVIL	FECHA INGRESO EMPRESA	SISTEMA DE SALUD	NOMBRE ISAPRE
☐☐☐	M ☐ F ☐	Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐	☐☐☐	ISAPRE ☐ FONASA ☐	

EMAIL DEL ASEGURADO ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

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 FUESE PRODUCTO DE UNA DE LAS ENFERMEDADES O DOLENCIAS COMPRENDIDAS EN EL LISTADO GENERICO DEL PUNTO IV 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, FUESE 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 SINIESTRALIDAD 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 SEGÚN CORRESPONDA AL SEGURO CONTRATADO E INDICADO EN CONDICIONES PARTICULARES Y CERTIFICADO DE COBERTURA, EN LA SUPERINTENDECIA DE VALORES Y SEGUROS. USTED PUEDE REVISAR ESTE TEXTO EN WWW.SVS.CL

VII. 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 SALUD Y QUE TENGO CONOCIMIENTO QUE SOLO UNA VEZ EVALUADO Y ACEPTADO POR LA COMPAÑÍA 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.