

I. DATOS DEL CONTRATANTE O EMPLEADOR

R.U.T.

Nombre o Razón Social del Contratante

II. DATOS DEL ASEGURABLE TITULAR (Postulante al seguro)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Dirección / Comuna

Fecha Nacimiento

R.U.T. Asegurable

Fono

Sexo

Masculino

Femenino

Estado Civil

Casado

Viudo

Soltero

Otros

Fecha Ingreso a la Empresa

Correo Electrónico

Capital U.F.

Renta \$

Forma de Pago de Reembolso (solo complementario de salud) y Dental (si corresponde)

Cta. Corriente

Cta. Vista

Cta. Ahorro

Cheque

Nº Cuenta Bancaria

Banco

Institución de Salud:

Isapre

Fonasa

Nombre Isapre

III. BENEFICIARIOS SEGUROS DE VIDA (en caso de muerte del asegurado titular). Se recomienda designar mayores de edad

R.U.T.

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Parentesco

% del Beneficio

IV. GRUPO FAMILIAR SEGURO DE SALUD (Cónyuge / hijos) Y DENTAL (si corresponde)

R.U.T.

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Parentesco

Fecha Nac.

Inst. Salud

V. DECLARACION DE ACTIVIDADES

Practica Ud. algún Deporte ?

No

Si

Favor indicar cuál y frecuencia:

Practica Ud. alguna Actividad Riesgosa ?

No

Si

Favor indicar cuál y frecuencia:

SE HACE PRESENTE QUE LOS DEPORTES Y ACTIVIDADES RIESGOSAS POR USTED DECLARADAS SOLO SERAN CUBIERTAS CUANDO LA COMPAÑIA ASEGURADORA LAS HAYA APROBADO DE FORMA EXPRESA.

VI. DECLARACION OBLIGATORIA SOBRE ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y/O SITUACIONES DE SALUD PREEXISTENTES

(Esta declaración y aceptación es del Postulante al seguro individualizado en el Punto II y debe incluir a su grupo familiar)

ADVERTENCIA. LECTURA OBLIGATORIA.

LISTADO GENERICO DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y DE SITUACIONES DE SALUD PREEXISTENTES SIN COBERTURA DEL SEGURO:

1. Tumores

2. Cáncer

3. Enfermedades Cerebro Vasculares

4. Enfermedades Sistema Respiratorio

5. Enfermedades Sistema Cardiovascular

6. Enfermedades del Corazón

7. Enfermedades Sistema Circulatorio

8. Enfermedades Sistema Digestivo

9. Enfermedades Renales

10. Enfermedades Sistema Genitourinario

11. Enfermedades Sistema Endocrino

12. Enfermedades Nutricionales

13. Enfermedades Metabólicas

14. Enfermedades Sistema Nervioso

15. Enfermedades Infecciosas

16. Enfermedades Parasitarias

17. Enfermedades de las articulaciones

18. Enfermedades Musculares

19. Enfermedades de la piel

20. Enfermedades Reumatológicas

21. Enfermedades de la Sangre

22. Enfermedades de los Ganglios

23. Enfermedades Linfáticas

24. Enfermedades Mentales

25. Enfermedades Siquiátricas

26. Enfermedades del Oído

27. Enfermedades de la Nariz

28. Enfermedades de la Boca

29. Enfermedades de la Garganta

30. Enfermedades de los Ojos

31. Enfermedades Sistema Oseo

32. Obesidad

TENGA PRESENTE QUE SON ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y SITUACIONES PREEXISTENTES AQUELLAS DIAGNOSTICADAS O CONOCIDAS POR EL ASEGURADO CON ANTERIORIDAD A LA FECHA DE INCORPORACION DEL ASEGURADO AL SEGURO.

PREGUNTAS ACERCA DE ENFERMEDADES PREEXISTENTES Y/O SITUACIONES DE SALUD PREEXISTENTES

Toda vez que las enfermedades preexistentes o situaciones de salud preexistentes no están cubiertas por el seguro, le preguntamos a usted lo siguiente: ¿ Tiene usted ahora o ha tenido en el pasado, o le ha sido diagnosticada a usted o algún miembro de su grupo familiar, alguna enfermedad en particular que corresponda a uno de los tipos mencionados en el listado de enfermedades genéricas 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 en particular y los datos pertinentes:

NOMBRE COMPLETO (Postulante del seguro o miembro del grupo familiar)

ENFERMEDAD Y/O SITUACION DE SALUD

FECHA DIAGNOSTICO O CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD (INDICAR MES Y AÑO)

Fecha

R.U.T.

Firma Asegurable Titular

ACEPTACION ESPECIAL

Tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad preexistente y/o situación de salud preexistente declarada precedentemente implica que respecto de ella(s), los beneficios de este seguro no operarán si la causa del siniestro fuere producto de una de las enfermedades preexistentes o situaciones de salud preexistentes señaladas expresamente por mí en este formulario.

También acepto que en caso de no declarar, en este formulario, mis enfermedades preexistentes o las situaciones de salud preexistentes, así como las de mi grupo familiar, significará que la cobertura del seguro no operará si la causa del siniestro fuese producto de una de las enfermedades o situaciones de salud comprendidas en el listado genérico del punto VI de este formulario.

Estoy en conocimiento que el texto de la póliza contratada por mi empleador contiene otras exclusiones de cobertura, adicionales a la que da cuenta este formulario y respecto de las cuales se me ha señalado que debo informarme adecuadamente.

Fecha

R.U.T.

Firma Asegurable Titular

Fecha

Timbre y Firma Contratante

USTED SE ESTA INCORPORANDO COMO ASEGURADO A UNA POLIZA O CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR SU EMPLEADOR DIRECTAMENTE CON BICE VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.