

FORMULARIO DE SOLICITUD INCORPORACIÓN SEGURO DE ESCOLARIDAD

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



Importante: "Usted esta solicitando su incorporación como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el Contratante, con Seguros de Vida Suramericana S.A."

- Solicitud inicial Asegurable Titular
 Actualización de Datos Asegurado

Nº de Póliza

I. DATOS CONTRATANTE

Contratante R.U.T -

II. DATOS 1º - SOSTENEDOR ECONÓMICO

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

R.U.T - Fecha de Nacimiento Teléfono

Dirección Nº Comuna

Cobertura Solicitada 100% 50% Correo Electrónico

Relación con el Alumno Padre Madre Otro Si su respuesta es otro, especifique

III. DATOS 2º - SOSTENEDOR ECONÓMICO

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

R.U.T - Fecha de Nacimiento Teléfono

Dirección Nº Comuna

Cobertura Solicitada 100% 50% Correo Electrónico

Relación con el Alumno Padre Madre Otro Si su respuesta es otro, especifique

IV. DATOS ALUMNOS

Nombre Completo	RUT	Fecha Nacimiento	Curso	Monto Colegiatura Asegurada
<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"/>	<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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/> <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"/>

V. DECLARACIÓN OBLIGATORIA DE ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES

Listado genérico de enfermedades o dolencias preexistentes sin cobertura en el contrato de seguro

- | | | | |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| > Cáncer | > Cirrosis Hepática | > Infarto Al Miocardio | > Sida |
| > Diabetes Mellitus | > Enfermedad Broncopulmonar | > Insuficiencia Renal Crónica | > Hipertensión Arterial |
| > Hemorragia Cerebral | > Enfermedades Cardiovasculares | > Hiv | |

Tenga presente qué enfermedades o dolencias preexistentes corresponden a enfermedades, dolencias o situaciones de salud diagnosticadas o conocidas por el asegurado o por quien contrata a su favor, antes de la contratación del seguro.

Preguntas acerca de enfermedades o dolencias preexistentes

Toda vez que los siniestros a causa de una de las enfermedades o dolencias preexistentes no están 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 alguna Enfermedad o dolencia en particular que corresponda a uno de los tipos mencionados en el listado de enfermedades o dolencias genéricas no cubiertas por preexistencias que se indican en el cuadro anterior?.

(marque con una X en la respuesta que corresponda) Si No

Si su respuesta es afirmativa, complete el recuadro siguiente indicando la o las enfermedades o dolencias y los datos pertinentes

Enfermedad o Dolencia	Fecha de diagnóstico o conocimiento de la enfermedad o dolencia (indicar mes y año)
	<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"/>
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Fecha

Firma Asegurable - 1º Sostenedor

Firma Asegurable - 2º Sostenedor

Declaraciones Especial

Declaro en mi nombre y en el de las personas incorporadas que estoy en conocimiento acepto y entiendo que la compañía aseguradora no es ni será nunca responsable del pago del beneficio cuando el siniestro sea consecuencia directa o indirecta de una enfermedad preexistente a la fecha, si ésta es una de las señaladas y declaradas por mi en el cuadro signado con el número "V" precedente.

Autorizo a Seguros de Vida Suramericana S.A. a informar, al contratante de la póliza colectiva, mis antecedentes médicos que fundamenten el rechazo, sobretarifación u otra decisión de la compañía respecto de la cobertura solicitada.

Certifico que los datos declarados son exactos y fidedignos y me doy por enterado que dichas declaraciones constituyen elementos indispensables para la apreciación del riesgo por parte de la compañía y que una omisión o declaración falsa, errónea o reticencia de mi parte implica la nulidad de la cobertura de este seguro, por lo que, la compañía de seguros no estará obligada a pagar la indemnización. Autorizo a Seguros de Vida Suramericana S.A. Para que en caso de siniestro requiera de información de cualquier persona que en el pasado haya asistido o atendido a cualquiera de los asegurados por causa de alguna dolencia o enfermedad.

Libero a los médicos, clínicas y hospitales de cualquier obligación de reserva sobre antecedentes de mi salud.

Fecha

Firma Asegurable - 1º Sostenedor

Firma Asegurable - 2º Sostenedor