

FORMULARIO DE SOLICITUD INCORPORACIÓN SEGURO DE ESCOLARIDAD

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.



Importante: Usted está 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

N° de Póliza

I. DATOS CONTRATANTE

Contratante	R.U.T
	<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"/>

II. DATOS 1° - SOSTENEDOR ECONÓMICO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
R.U.T	Fecha de Nacimiento	Teléfono
<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"/>
Dirección	N°	Comuna
Cobertura Solicitada		Correo Electrónico
<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 50%		
Relación con el alumno	Si su respuesta es otro, especifique	
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro		

III. DATOS 2° - SOSTENEDOR ECONÓMICO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
R.U.T	Fecha de Nacimiento	Teléfono
<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"/>
Dirección	N°	Comuna
Cobertura Solicitada		Correo Electrónico
<input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 50%		
Relación con el alumno	Si su respuesta es otro, especifique	
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro		

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"/>		

V. DECLARACIÓN OBLIGATORIA DE ENFERMEDADES O DOLENCIAS PREEXISTENTES

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

- > Cáncer en los últimos 5 años
- > Diabetes mellitus
- > Hemorragia cerebral
- > Cirrosis hepática
- > Enfermedad broncopulmonar
- > Enfermedades cardiovasculares
- > Infarto al miocardio
- > Insuficiencia renal crónica
- > HIV
- > Sida
- > Hipertensión arterial

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