

Enrolamiento Inicial Asegurado

 Inclusión de Cargas

 Modificación Beneficiarios

I. Datos del Contratante

<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>
RUT	Nombre o Razón Social

II. Datos del Asegurado

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
<input type="text"/>		Fecha Nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dirección / Comuna <input type="text"/>		Día Mes Año
<input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	Estado Civil
Rut Asegurado	Fono	Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
Fecha de Ingreso Empresa <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Correo Electrónico <input type="text"/>	Renta \$ <input type="text"/>
Día Mes Año		Capital U.F. <input type="text"/>
Forma de Reembolso (Sólo complementario de salud)		
<input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Depósito <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta Vista <input type="checkbox"/> Cuenta Ahorro		
N° Cuenta Bancaria <input type="text"/>	ISAPRE <input type="checkbox"/>	Nombre Isapre <input type="text"/>
Banco <input type="text"/>	FONASA <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Practica Ud. Algún Deporte	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Favor indicar <input type="text"/>
Practica Ud. Alguna Actividad Riesgosa	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Favor indicar <input type="text"/>

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)

R.U.T.	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Parentesco	Fecha Nac.	Sistema Salud

V. Enfermedades Diagnosticadas, Accidentes Ocurridos o Dolencias Conocidas del asegurado y/o grupo familiar

Nombre Completo	Enfermedades, Accidente o Dolencias	Fecha Diagnóstico	Estado Actual

Declaro conocer y aceptar los términos y condiciones de la póliza colectiva contratada con BICE Vida Compañía de Seguros S.A. Acuerdo y entiendo que los beneficios otorgados por el seguro, no cubrirán enfermedades, accidentes o dolencias preexistentes a la fecha de inicio de la vigencia de este seguro. No obstante esto, se cubrirán aquellas patologías anteriormente declaradas y que la Compañía a la fecha de vigencia inicial, haya evaluado y aceptado explícitamente. Toda declaración falsa, errónea, y reticencia de mi parte, en la declaración del estado de salud y en los antecedentes personales de cada uno de los asegurados incluidos en este formulario de Enrolamiento, faculta a BICE Vida Compañía de Seguros S.A., para solicitar la rescisión del contrato y ejercer los derechos establecidos en el Art. 558 del Código de Comercio.

Firma Asegurado _____

Timbre y firma Contratante _____

 Fecha
 Día Mes Año