

DECLARACIÓN DE SALUD

Yo.....RUT..... Junto con aceptar la Cotización de Renta Vitalicia N°..... declaro a BICE VIDA Compañía de Seguros S.A, estar afiliado en la siguiente institución de salud:

Fonasa

Isapre

Nombre de la Isapre

Ninguna

Por tal motivo, solicito que mi aporte mensual de salud sea enterado en la institución señalada. Además en caso de pertenecer a una Isapre me comprometo a traer a la brevedad una copia del Formulario Único de Notificación (F.U.N.) que incluya la siguiente información:

Empleador : BICE VIDA Compañía de Seguros S.A

Rut : 96.656.410 - 5

Dirección : Av. Providencia 1806

Lea lo siguiente con atención:

- 1.- Si la opción indicada es ninguna, el 7% (siete por ciento) de cotización de salud será enterado a FONASA.
- 2.- Si la opción indicada es Isapre, solo se entera el 7% (siete por ciento) de cotización legal en espera del F.U.N. Si existen diferencias entre la cotización enterada por la Compañía y el monto por usted pactado con la Isapre deberá solucionarlo directamente con su Isapre si la Compañía no ha recepcionado el F.U.N.
- 3.- Si la Renta contratada es una Sobrevivencia cada beneficiario deberá firmar una Declaración de Salud y en caso de pertenecer a una Isapre, cada beneficiario deberá traer un F.U.N.
- 4.- Los antecedentes aquí señalados son exclusiva responsabilidad de quien firma

Firma Asegurado

En _____ a _____ de _____ de _____