

SOLICITUD DE INCORPORACION SEGURO DE VIDA ESCOLARIDAD

I.- ANTECEDENTES DEL CONTRATANTE			
NOMBRE		RUT	POLIZA COLECTIVA
FUNDACION SAN NICOLAS DE TOLENTINO		65.325.223-8	
II.- VIGENCIA DEL SEGURO			
DESDE	01-03-2024	HASTA	28/02/2025

III.- ASEGURADO TITULAR (UN SOSTENEDOR) COBERTURA AL 100%					
RUT		NOMBRES		APELLIDO PATERNO	
APELLIDO MATERNO		DIRECCIÓN		NUMERO	DPTO
COMUNA		CIUDAD		TELEFONO	
CELULAR		FECHA NACIMIENTO	SEXO		CORREO ELECTRONICO
			M____ F____		

IMPORTANTE:

USTED ESTA SOLICITANDO SU INCORPORACIÓN COMO ASEGURADO A UNA POLIZA O CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR LARENAS Y CIA CORREDORES DE SEGUROS. DIRECTAMENTE CON LA COMPAÑÍA DE SEGUROS.

CON LA EMISIÓN DE LA PRESENTE PROPUESTA NO SE OBTIENE COBERTURA ALGUNA AL RIESGO QUE SE PROCURA ASEGURAR. LA COBERTURA COMIENZA A REGIR ÚNICAMENTE A PARTIR DEL MOMENTO EN QUE ESTA PROPUESTA SEA ACEPTADA POR EL ASEGURADOR Y SE INICIE LA VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

MATERIA ASEGURADA
ESTE SEGURO CUBRE EL RIESGO DE MUERTE CUALQUIER CAUSA

NOMBRE DEL ALUMNO			
RUT	NOMBRE COMPLETO	FECHA NACIMIENTO	CURSO

V.- DECLARACIÓN PERSONAL DE SALUD (D.P.S.)

SI USTED TIENE CONOCIMIENTO DE PADECER, ESTAR EN PROCESO DE DIAGNÓSTICO, TENER DIAGNOSTICADA ALGUNA DOLENCIA, HABERLA TENIDO O SI HA SIDO SOMETIDO A TRATAMIENTO DE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

CARDIOVASCULARES, CORAZÓN, ACCIDENTE VASCULAR, VÁLVULAS, ARRITMIAS, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES O PREDIABETES, METABÓLICAS, OBESIDAD, GASTROINTESTINALES, COLON, HÍGADO, PÁNCREAS, CÁNCER O TUMORES DE CUALQUIER NATURALEZA, HERNIA NÚCLEO PULPOSA, TIROIDES, NEUROLÓGICAS, TRASTORNOS MENTALES O DEL SISTEMA NERVIOSO, CEREBRO, MÉDULA Y NERVIOS PERIFÉRICOS, DESORDENES CONGÉNITOS, BRONCOPULMONARES O GENITOURINARIAS, ALCOHOLISMO, DROGAS Y OTRAS ADICCIONES, COMPLICACIONES DE ACCIDENTES Y CIRUGÍAS, CIRROSIS, OSTEOMUSCULARES, AUTOINMUNES, TRANSMISIÓN SEXUAL, HIV POSITIVO, SIDA, RENALES, PANCREATITIS, ENFERMEDADES INFECCIOSAS PARASITARIAS, TRASTORNOS ENDOCRINOS O CUALQUIER ENFERMEDAD GRAVE QUE NO SE ALUDA EN ESTA DECLARACIÓN, ASÍ COMO INCAPACIDAD Y/O ESTÁ USTED EN PROCESO DE ESTUDIO PARA SOLICITARLO A LA AFP O COMPIN, ENTONCES DEBE DETALLAR(LAS) A CONTINUACIÓN, REGISTRANDO CUAL(ES) Y LA(S) FECHAS(S) DIAGNOSTICO.

Nombre _____ Sostenedor _____ 1

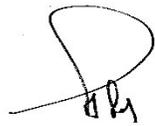
Diagnóstico
Fecha Diagnostico: _____

Nombre _____ Sostenedor _____ 2

Diagnóstico
Fecha Diagnostico: _____

LA OMISION DE COMENTARIOS SE ENTIENDE COMO UNA DECLARACIÓN QUE IMPLICA NO HABER PRESENTADO NINGUNA DE LAS SITUACIONES SEÑALADAS.

VI.- ANTECEDENTES DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA

CHUBB SEGUROS DE VIDA S.A.	R.U.T.: 99.588.060-1
	
FIRMA SOLICITUD DE INCORPORACION PRIMER SOSTENEDOR	P.P. CHUBB VIDA