

FORMULARIO DE SOLICITUD DE INCORPORACION ASEGURADOS DEPENDIENTES AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA

- SOLICITUD INICIAL ASEGURABLE DEPENDIENTE
 ACTUALIZACION DE DATOS ASEGURADO DEPENDIENTE
 CAMBIO DE BENEFICIARIO

N° POLIZA

IMPORTANTE: "USTED ESTA SOLICITANDO SU INCORPORACION COMO ASEGURADO A UNA POLIZA O CONTRATO DE SEGURO COLECTIVO CUYAS CONDICIONES HAN SIDO CONVENIDAS POR EL CONTRATANTE, DIRECTAMENTE CON BICEVIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A."

NO SE PODRA CONTRATAR ESTE SEGURO DE VIDA CON COBERTURA FALLECIMIENTO PARA UN ASEGURADO DEPENDIENTE MENOR DE EDAD O INCAPACITADO.

I. DATOS DEL CONTRATANTE

NOMBRE DEL CONTRATANTE		RUT	<input type="text"/>
------------------------	--	-----	----------------------

II. DATOS DEL ASEGURABLE TITULAR

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	RUT	<input type="text"/>
------------------	------------------	---------	-----	----------------------

III. DATOS DEL ASEGURABLE DEPENDIENTE

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUT	<input type="text"/>			
DIRECCION / COMUNA/PAIS				NACIONALIDAD		TELEFONO				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	M	F	RELACION CON ASEGURABLE	Cónyuge	Hijos	Otro	Especificar	MONTO CAPITAL ASEGURADO (*)
FECHA NACIMIENTO			SEXO			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
EMAIL DEL ASEGURADO										

(*)EN CASO DE NO ESPECIFICAR EL MONTO DEL CAPITAL ASEGURADO, SERA EL INDICADO EN LAS CONDICIONES PARTICULARES PARA CADA COBERTURA ESPECIFICA.

IV. BENEFICIARIO SEGUROS DE VIDA (EN CASO DE MUERTE DEL ASEGURADO DEPENDIENTE).

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	PARENTESCO	% BENEFICIO

AL DESIGNAR MAS DE UN BENEFICIARIO, SE DEBE INDICAR EL PORCENTAJE (%) DEL BENEFICIO QUE CORRESPONDERA A CADA UNO DE ELLOS AL MOMENTO DEL SINIESTRO, DEBIENDO LA SUMA DE TODOS LOS PORCENTAJES SER IGUAL A 100%. EN CASO DE OMITIR ESTA INFORMACION, EL CAPITAL ASEGURADO SERA DISTRIBUIDO EN PARTES IGUALES ENTRE LA TOTALIDAD DE BENEFICIARIOS DESIGNADOS.

V. DATOS CONTACTABILIDAD DE BENEFICIARIOS

SOLICITAMOS PROPORCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS PARA PODER CONTACTAR A LOS BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO DEPENDIENTE.

NOMBRE PERSONA CONTACTO		TELEFONO FIJO	CELULAR
DIRECCION			
EMAIL	<input type="text"/>		
NOMBRE PERSONA CONTACTO		TELEFONO FIJO	CELULAR
DIRECCION			
EMAIL	<input type="text"/>		

EN EL CASO QUE EL ASEGURADO DEPENDIENTE DESEE DESIGNAR O REALIZAR CAMBIO DE BENEFICIARIOS, ESTA DISPONIBLE EN NUESTRA PAGINA WEB WWW.BICEVIDA.CL, SECCION DESCARGA FORMULARIO, EL DOCUMENTO "FORMULARIO DESIGNACION O CAMBIO DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA".

