SOLICITUD DE INCORPORACIÓN BUPA 60+ PROTECCIÓN

Bupa Seguros

◯ Incorporación Cargas ◯ Actualización de Datos Asegurado

Fecha Recepción _____

Tipo de Seguro *(Marcar todos los que correspondan)*

◯ Vida ◉ Salud ◯ Catastrófico ◯ Dental

1 Antecedentes Contratante

Nombre *(Apellido, Nombre)* _____ **RUT** _____

IMPORTANTE:
Por favor completar todos los campos requeridos en este formulario.
Solamente debe completar la Declaración de Salud respecto de la carga que se está solicitando incorporar a la póliza.

2 Antecedentes del asegurado Titular *(Postulante al seguro)*

Apellido Paterno _____ **Apellido Materno** _____

Nombres _____ **RUT** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Dirección** _____

Ciudad _____ **Teléfono** _____

Correo Electrónico _____

Sexo ◯ Masculino ◯ Femenino **Peso (kgs.)** _____ **Estatura (mts.)** _____

Sistema de Salud ◯ Fonasa ◯ Isapre ◯ Otra

3 Forma de Pago Reembolso Salud ◯ Cheque ◯ Depósito ◯ Vale vista

Tipo de cuenta ◯ Corriente ◯ Ahorro ◯ Vista **Nombre de Banco** _____ **Cuenta N°** _____

4 Antecedentes del Grupo Familiar

Nombre *(Apellido, Nombre)*	**Cédula de Identidad**	**Parentesco**	**Fecha de nacimiento**	**Sexo (M/F)**	**Isapre**	**Peso**	**Estatura**

5 Beneficiarios Seguro de Vida

Sólo válidas para coberturas de fallecimiento y muerte accidental del asegurado titular. Se recomienda designar personas mayores de Edad. Al designar más de un beneficiario, se debe indicar el porcentaje (%) que corresponderá a cada uno de ellos al momento del siniestro, debiendo la suma de todos los porcentajes debe ser igual a 100%.

Nombre *(Apellido, Nombre)*	**Cédula de Identidad**	**Parentesco**	**Fecha de nacimiento**	**Sexo (M/F)**	**% Beneficio**

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN BUPA 60+ PROTECCIÓN

IMPORTANTE: EN CUMPLIMIENTO CON LO DISPUESTO EN LA CIRCULAR N° 1935 DEL 5 DE AGOSTO DE 2009, INSTRUIDA POR LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO, EN EL SIGUIENTE PÁRRAFO SE RESUMEN ALGUNOS ANTECEDENTES IMPORTANTES QUE USTED DEBE CONSIDERAR, AL MOMENTO DE CONTRATAR O INCORPORARSE A ESTE SEGURO DE SALUD, USTED DEBE TENER PRESENTE:

ESTE ES UN SEGURO VOLUNTARIO, QUE REEMBOLSA SOLO LOS GASTOS MÉDICOS CUBIERTOS POR ESTA PÓLIZA Y DE CARGO DEL ASEGURADO.

ESTE SEGURO, NO SUSTITUYE LA COBERTURA QUE OTORGA LA ISAPRE O FONASA Y NO NECESARIAMENTE CUBRE LAS MISMAS PRESTACIONES.

EL RIESGO ES CUBIERTO POR BUPA COMPAÑÍA DE SEGUROS DE VIDA S.A. PARA MÁS DETALLES SOBRE LAS COBERTURAS, EXCLUSIONES Y CONDICIONES, CONSULTE EN LAS CONDICIONES GENERALES DEL SEGURO, INCORPORADAS AL DEPÓSITO DE PÓLIZAS DE LA COMISIÓN PARA EL MERCADO FINANCIERO BAJO EL CÓDIGO POL320260183.

Aceptación Especial y Consentimiento para Tratamiento de Datos Personales

Tomo conocimiento y acepto expresamente que toda enfermedad preexistente y/o situación de salud preexistente, declarada precedentemente, implica que respecto de ellas los beneficios de este seguro no operarán si la causa del siniestro fuese producto de una de las enfermedades preexistentes o situaciones de salud preexistentes señaladas expresamente por mí en este formulario.

Entiendo y concuerdo que cualquier omisión o reticencia, declaración falsa, errónea o inexacta relativa al estado de salud, edad, ocupación, actividades o deportes riesgosos de algunos de los asegurables propuestos, que pudiese influir en la apreciación del riesgo, faculta a la Compañía Aseguradora para rechazar el pago de la indemnización reclamada.

Asimismo, autorizo a Bupa Compañía de Seguros de Vida S.A. para solicitar a cualquier médico, hospital, clínica u otra institución a la información sobre el estado de salud de alguno de los asegurados propuestos.

Por este acto según lo dispuesto por la Ley N° 19.628 sobre protección de la vida privada y sus modificaciones, doy mi consentimiento y autorización expresa para que Bupa Compañía de Seguros de Vida S.A. y sus re presentantes, sucesores o cesionarios puedan proceder a la transmisión o transferencia de fondos o parte de los datos personales e información que declaro haber entregado voluntariamente a su disposición, a cualquier terceros prestadores de servicios que estuvieran ubicados dentro o fuera de Chile, para efectos de poder hacer efectivo el (los) beneficios que pueden estar asociados al seguro contratado, así como para efectos de almacenamiento de la información.

Autorización de la Incorporación por parte del Asegurado de la Póliza

_____ _____

Fecha **Firma**

Autorización de la Incorporación por parte del Contratante de la Póliza

_____

Fecha

_____

Firma Contratante

Aprobación Compañía Aseguradora

_____

Firma y Timbre Representante
Bupa Compañía de Seguros de Vida S.A.

Bupa Compañía de Seguros de Vida S.A. se reserva el derecho de aceptar o rechazar el riesgo propuesto o bien establecer restricciones o limitaciones especiales a la cobertura. En caso de establecerse alguna restricción o limitaciones de cobertura, ésta deberá constar en una declaración especial que debe ser firmada por el asegurable. En estos casos, la vigencia de la cobertura individual de este seguro solo comenzará a regir una vez que la Compañía Aseguradora haya aceptado el riesgo y el asegurado haya firmado la declaración especial antes indicada. Las condiciones generales del Seguro se encuentran incorporadas en el depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo los códigos POL y CAD contratados.

ESTE SEGURO:
NO CONTEMPLA RENOVACIÓN GARANTIZADA.
SI PODRÁ AUMENTAR LA PRIMA (PRECIO) EN CASO DE RENOVACIÓN DE LA PÓLIZA.
SI CONSIDERA LA SINIESTRALIDAD INDIVIDUAL PARA EL AUMENTO DE LA PRIMA EN CASO DE RENOVACIÓN.