Santander
SEGUROS

Solicitud de Incorporación Seguro Colectivo Escolaridad

(Favor llenar con letra imprenta)

I.- Contratante, nombre del Colegio : _____

RUT | | | | | | | | | — | |

II.- Antecedentes del Asegurado/Sostenedor

Nombre Completo: _____

RUT | | | | | | | | | — | | Fecha de nacimiento: | | | |

Sexo F ☐ M ☐ Estatura ☐ Peso ☐

III.- Beneficiarios/ alumnos en caso de Fallecimiento

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	RUT	CURSO	F. NACIMIENTO

IV.- Actividad y deportes que desempeña (marcar con una X y especificar)

☐ Oficina ☐ Laboratorio ☐ Terreno ☐ Obras ☐ Vigilante ☐ Otro (indicar)_____

Detalle de actividad realizada _____

Practica deportes riesgosos? No ☐ Si ☐ Cuales? _____

_____

Deportes Excluidos: Alpinismo y Andinismo; Carrera de Autos, Motos, Lanchas, y Caballos; Buceo, Alas Delta y Parapente; Jeep Fun Race; Paracaidismo; Benjí; Estudiante piloto de aviación, Rally. Asimismo, acepto que la Compañía me recargue el precio del seguro, si es que quiero la incorporación de las actividades adicionales señaladas anteriormente.

V.- Declaración de Salud Asegurado

Por la presente declaro que a mi mejor conocimiento, información y entender, que yo, no padezco, o no me ha sido diagnosticada, alguna de las siguientes enfermedades : Diabetes, Enfermedades al Riñón, Enfermedades Cardiacas, Hipertensión Arterial, Enfermedades Coronarias o Soplos Cardíacos, Arritmias, Sobrepeso u Obesidad, Enfermedades del Pulmón, Cáncer, Hepatitis (excepto la A), Enfermedades Gastrointestinales como Cirrosis Hepática, Ulcera Gástrica, Colitis Ulcerosa; Enfermedades Hematológicas como Leucemia, Linfoma o Anemia (excepto por falta de fierro); desórdenes Nerviosos o Mentales, SIDA, VIH positivo, Síndrome de Down y Enfermedades Neurológicas como Accidentes Vasculares Cerebrales, Epilepsia y Enfermedad de Alzheimer.

Entiendo y concuerdo que ninguno de los beneficios de este seguro operará si la causa del fallecimiento o diagnóstico de la enfermedad fuese preexistente a la fecha de la suscripción de esta propuesta. Asimismo, autorizo a Santander Seguros de Vida S.A., a solicitar a cualquier médico, hospital, clínica u otra institución, información sobre mi estado de salud. Finalmente declaro, que no he sido rechazado por alguna compañía aseguradora de vida durante los últimos 24 meses.

En caso de estar en conocimiento de alguna enfermedad, mencionada o no en la declaración, favor de especificar a continuación (diagnóstico, fecha de diagnóstico / tratamiento, duración del tratamiento y secuelas o consecuencias del mismo, médico tratante / establecimiento, etc).

_____

_____

_____

Declaro asimismo que acepto y que estoy en conocimiento que en caso de que el siniestro se produzca por algunas de las enfermedades indicadas en esta solicitud así como aquellas que especialmente he declarado, la compañía no estará obligada a pagarlo.

Fecha

| | | |

_____

Firma Asegurado