

I.- Contratante, Nombre de la Empresa: Cooperativa de Servicios Educativos Windsor School Ltda

RUT

8	3	0	0	4	0	0	0	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---

N° Póliza
315266-7

II.- Antecedentes del Asegurado

Nombre Completo: _____

RUT

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Nacimiento:

--	--	--

Sexo: F M ; Estatura (cm)

--	--	--

 ; Peso (Kg)

--	--

 ; Tipo de sostenedor: 1er Sost 2do Sost ; Grupo:

--	--

III.- Coberturas de Seguros

COBERTURAS	CAPITAL	PRIMA BRUTA

*En caso que el asegurado no cumpla con los Requisitos de Asegurabilidad, este será excluido de la(s) cobertura(s).

III.- Alumno (os) Beneficiarios del Seguro

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	RUT	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 Cuáles? _____

Los Deportes que haya declarado serán excluidos de cobertura. Si entre tales deportes se menciona el 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 esto serán igualmente excluidos de cobertura. Si la Compañía así me lo ofrece acepto que recargue la prima por el seguro para incluir alguno de los deportes declarados.

V.- Declaración de Salud Asegurado

Por la presente declaro a requerimiento de la Aseguradora que, a esta fecha, no tengo conocimiento de que padezco, o de que me haya sido diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades: Diabetes, Enfermedades al Riñón, Enfermedades Cardiacas, Hipertensión Arterial, Enfermedades Coronarias o Soplos Cardíacos, Arritmias, Sobre peso u Obesidad, Enfermedades del Pulmón, Cáncer, Hepatitis (excepto la A), Enfermedades Gastrointestinales como Cirrosis Hepática, Úlcera Gástrica, Colitis Ulcerosa; Enfermedades Hematológicas como Leucemia, Linfoma o Anemia (excepto por falta de hierro); 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 sea o provenga de una enfermedad que me haya sido diagnosticada o que he conocido con anterioridad 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 que padece alguna enfermedad, sea que la haya mencionado o no en la presente 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.

VII.- Consentimiento del Asegurado.

El Asegurado indicado en esta solicitud de incorporación, declara y consiente mediante su firma, y en concordancia con lo establecido en el artículo 589 del Código de Comercio, que exista un contrato de seguro sobre su vida, en beneficio de las personas aquí indicadas.

Fecha:

--	--	--

Firma Asegurado