

FORMULARIO DE DECLARACION PARA SEGURO DE VIDA E INVALIDEZ

I. DATOS DEL ALUMNO

RUT	-		Teléfono
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	

II. DATOS DEL SUSTENTADOR DEL ALUMNO

RUT	-		Chileno		Fecha de Nacimiento
			Extranjero		
(Marque con una X)					

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

Calle	Número	Depto.	Población /Villa
-------	--------	--------	------------------

Comuna	Ciudad	Teléfono
--------	--------	----------

Código	Relación del Sustentador con el Alumno	Código	Relación del Sustentador con el Alumno	Relación del Sustentador con el Alumno (anote el código a la izquierda que corresponda a su relación)								
1	Padre	9	Tío (a)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">En caso de no tener sustentador marcar lo que corresponda (anote el código de estas tres opciones)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">15</td> <td>Dependiente de Institución</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">16</td> <td>Beca Informe Rettig</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">17</td> <td>Dependiente de sí mismo</td> </tr> </table>	En caso de no tener sustentador marcar lo que corresponda (anote el código de estas tres opciones)		15	Dependiente de Institución	16	Beca Informe Rettig	17	Dependiente de sí mismo
En caso de no tener sustentador marcar lo que corresponda (anote el código de estas tres opciones)												
15	Dependiente de Institución											
16	Beca Informe Rettig											
17	Dependiente de sí mismo											
2	Padrastro	10	Primo (a)									
3	Madre	11	Sobrino (a)									
4	Madrasta	12	Suegro (a)									
5	Hermano (a) o Hermanastro (a)	13	Cuñado (a)									
6	Hijo (a)	14	Otro									
7	Cónyuge											
8	Abuelo (a)											

La Universidad o la Compañía de Seguros, podrá verificar en cualquier oportunidad durante la vigencia del seguro, la autenticidad de los antecedentes proporcionados por el alumno para efectos de este seguro. En caso de comprobar que estos no corresponden a la realidad, el sustentador del alumno quedará automáticamente excluido de este seguro. La única persona a quien cubre el Seguro de Vida e Invalidez es aquella declarada como sustentador por el alumno a través del Sistema Guía de Matrícula. El presente documento corresponde a un respaldo de los antecedentes proporcionados por el alumno a través de Internet, quedando estrictamente prohibidos la modificación, adulteración y/o uso indebido de este documento.

Asimismo, por intermedio de la presente y en razón de lo dispuesto en la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada, los abajo firmantes autorizamos expresamente a la Pontificia Universidad Católica de Chile y/o a la Compañía de Seguros que administre su póliza de Seguro de Vida del Sustentador, para requerir toda clase de información nuestra, incluso aquella de naturaleza reservada, a cualquier institución u organismo público o privado, con el fin de comprobar en cada caso, el cumplimiento de los requisitos necesarios para la procedencia del pago de la cobertura por siniestro del seguro contratado por Universidad, de modo de verificar la concurrencia o no de preexistencias. Por último, autorizamos el uso de nuestra información para fines de contacto que la universidad estime conveniente hacer, en caso que sea necesario.

A su vez, declaramos estar de acuerdo con la información presentada **al reverso** de este documento, concerniente a la normativa vigente para acceder al beneficio de Seguro de Vida del Sustentador.

IMPORTANTE: Si usted requiere corregir los datos declarados a través del Sistema Guía de Matrícula, debe necesariamente hacerlo en forma personal en las oficinas de Casa Central del Departamento de Asistencia Socioeconómica (DASE). Mayor información al respecto en www.arancelesybeneficios.uc.cl

EMAIL SUSTENTADOR

FECHA DE ENTREGA

FIRMA DEL SUSTENTADOR

FIRMA DEL ALUMNO

COMPROBANTE DE ENTREGA - USO EXCLUSIVO DE LA UNIVERSIDAD

NOMBRE ALUMNO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

RUT DEL ALUMNO	-	
----------------	---	--

FECHA DE ENTREGA

FIRMA Y TIMBRE FUNCIONARIO RECEPTOR

Nota: Se recomienda guardar este comprobante, dado que es el único medio que tiene al alumno para comprobar que hizo entrega del Formulario correspondiente.

INFORMACION IMPORTANTE QUE DEBES TENER PRESENTE PARA ACCEDER A ESTE BENEFICIO

El Seguro de Vida e Invalidez del Sustentador corresponde a un seguro colectivo suscrito por la Pontificia Universidad Católica de Chile para todos los alumnos de pregrado de nuestra Universidad.

Este seguro permite a los alumnos de pregrado de nuestra universidad la continuidad de los estudios en la UC, ante la eventualidad del fallecimiento o invalidez total y permanente del sustentador declarado, cubriendo el valor del arancel de matrícula por el período que le reste al alumno por cursar de la duración oficial de su carrera.

Cualquier cambio de sustentador debe ser solicitado directamente por el alumno en las oficinas del Departamento de Asistencia Socioeconómica (DASE), presentando para ello el formulario correspondiente y una declaración de salud del nuevo sustentador. En este caso la compañía de seguros se reserva el derecho de aceptar o rechazar el cambio de Sustentador solicitado por el alumno.

Si usted requiere corregir los datos declarados a través del Sistema Guía de Matrícula, debe necesariamente hacerlo en forma personal en las oficinas de Casa Central del Departamento de Asistencia Socioeconómica (DASE). Mayor información al respecto en www.arancelesybeneficios.uc.cl

Una vez matriculado, el alumno puede verificar los datos registrados de su sustentador a través de internet en sitio web "Mi Portal UC" (www.uc.cl).

Los límites de edad según las coberturas son las siguientes:

COBERTURA	EDAD INGRESO	TERMINO DE LA COBERTURA
Por Fallecimiento	Menor de 75 años	Cumpliendo los 80 años
Por Invalidez 2/3	Menor de 70 años	Cumpliendo los 75 años

En el caso de que el fallecimiento o invalidez del sustentador declarado se produzca entre la fecha de incorporación de éste a la póliza y hasta los 6 meses posteriores, se deberá tener presente que no tendrá cobertura si el fallecimiento o invalidez se ha debido a una enfermedad preexistente. Trascurrido ese plazo de carencia, los siniestros frutos de preexistencias podrán ser evaluados por la Compañía de Seguro. Para efectos de este seguro se entiende por enfermedad preexistente aquella(s) patología(s) que haya(n) sido conocida(s) o diagnosticada(s) con anterioridad a la fecha de incorporación del sustentador al seguro.

Este seguro no cubre los casos de invalidez de aquellos sustentadores que tengan un dictamen previo de invalidez (temporal o definitiva) emitido por el organismo correspondiente con anterioridad a su ingreso como sustentador en la póliza.

En caso de ocurrirle, posterior a la fecha de matrícula en esta Universidad, alguna de las lamentables situaciones indicadas al inicio de este informativo (fallecimiento o invalidez total y permanente de su sustentador) usted deberá informarlo al Departamento de Asistencia Socioeconómica de su campus, a la mayor brevedad, y en todo caso en un plazo no mayor a 30 días corridos a contar de la fecha de producido éste a fin de poder acogerse al beneficio establecido.

Se enfatiza que los antecedentes relativos al sustentador y su identificación deberán ser absolutamente fidedignos, ya que tanto la Universidad como la Compañía de Seguros podrán verificarlos en cualquier momento durante la vigencia del seguro, y si se determinare la inexactitud o falsedad de cualquiera de ellos, se invalidará automáticamente la cobertura, sin derecho a apelación de ninguna especie.