

Declaración de Beneficiarios

NOMBRE EMPRESA CONTRATANTE		RUT
Universidad de Santiago de Chile		60.911.000-7
ASEGURADO TITULAR		
NOMBRES	RUT	Nº DE PÓLIZAS
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO
EMAIL	TELÉFONO	

A través de este formulario solicito incorporar todos los beneficiarios vigentes por los que identifico a continuación. Se recomienda designar a mayores de edad.

DESIGNACIÓN BENEFICIARIOS			
NOMBRE			
RUT	RELACIÓN	PORCENTAJE	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
COMUNA	CIUDAD	EDAD	
EMAIL			
NOMBRE			
RUT	RELACIÓN	PORCENTAJE	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
COMUNA	CIUDAD	EDAD	
EMAIL			
NOMBRE			
RUT	RELACIÓN	PORCENTAJE	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
COMUNA	CIUDAD	EDAD	
EMAIL			

OBSERVACIONES

<p>La vigencia de la cobertura para el Asegurado comenzará una vez que Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A. acepte el riesgo propuesto.</p> <p>Esta designación, recepcionada por Chilena Consolidada Seguros de Vida S.A., reemplaza cualquier otra anterior.</p>	Fecha de Ingreso a la Empresa	Firma Asegurado Titular _____ Fecha: ____ / ____ / ____ Día Mes Año
	Fecha: ____ / ____ / ____ Día Mes Año	
	Fecha Vigencia Inicial en la Póliza	
Fecha: ____ / ____ / ____ Día Mes Año	Fecha: ____ / ____ / ____ Día Mes Año	