N° ADHESIÓN:
ROL :
CÓDIGO PLAN:

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA SERVICIO BIENESTAR DE LA UNIVERSIDAD DE ANTOFAGASTA

MUTUAL DE SEGUROS DE CHILE

Según Condiciones Generales incorporadas al Depósito de Pólizas de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el Código POL220130939

IMPORTANTE: *Usted se está incorporando como asegurado a una póliza o contrato de seguro colectivo cuyas condiciones han sido convenidas por el Servicio de Bienestar de la Universidad de Antofagasta directamente con la Mutual de Seguros de Chile*

NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO	**RUT:**
	-
E-mail	**Fecha de Nacimiento**
	dd/mm/aaaa

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS PARA LA COBERTURA DE FALLECIMIENTO:

RUT	Nombres y Apellidos			Parentesco o Relación con el Asegurado	% del Capital Asegurado *
Dirección				Número:	
Depto./Oficina:		Comuna/Ciudad:		Región:	
E-mail		Teléfono			

RUT	Nombres y Apellidos			Parentesco o Relación con el Asegurado	% del Capital Asegurado *
Dirección				Número:	
Depto./Oficina:		Comuna/Ciudad:		Región:	
E-mail		Teléfono			

RUT	Nombres y Apellidos			Parentesco o Relación con el Asegurado	% del Capital Asegurado *
Dirección				Número:	
Depto./Oficina:		Comuna/Ciudad:		Región:	
E-mail		Teléfono			

RUT	Nombres y Apellidos			Parentesco o Relación con el Asegurado	% del Capital Asegurado *
Dirección				Número:	
Depto./Oficina:		Comuna/Ciudad:		Región:	
E-mail		Teléfono			

* La suma de los porcentajes de capital base asegurado deben ser igual al 100%. En caso que no se indique un porcentaje, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer.

Fecha Solicitud: dd / mm / aaaa

FIRMA ASEGURADO