Designación de beneficiarios para seguro de vida

N° DE PÓLIZA	NOMBRE EMPLEADOR O CONTRATANTE	RUT
	FB CORPORACIÓN DE SALUD SANTANDER	73.338.200-7

RUT DEL ASEGURADO	NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO		
OCUPACIÓN O CARGO	FECHA DE NACIMIENTO	OFICINA / DEPENDENCIA	FECHA DE NACIMIENTO

Beneficiarios

NOMBRE COMPLETO BENEFICIARIO	% DE PARTICIPACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PARENTESCO
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
NOMBRE COMPLETO DEL TUTOR	RUT	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	PARENTESCO
		/ /		

• CAPITAL ASEGURADO INICIAL : 36 SUELDOS BASE CON UN MÍNIMO DE 1.000 Y UN MÁXIMO DE 10.000 UNIDADES DE FOMENTO

• EL EMPLEADOR O CONTRATANTE, CERTIFICA QUE EL ASEGURADO INDICADO EN EL PRESENTE FORMULARIO, SE ENCUENTRA A LA FECHA EN SERVICIO ACTIVO Y CONCURRIENDO EN FORMA NORMAL A SU TRABAJO.

ESTE SEGURO ENTRARA EN VIGENCIA A PARTIR DEL :
/ /
FECHA DE LA FIRMA DEL DOCUMENTO

FIRMA DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

FIRMA DEL ASEGURADO

Moneda 920, Piso 3, Oficina 303
Fonos: 22 648 46 54 - 22 647 62 08
Anexos: 84654 - 76208
e-mails: sisachcorsal@gmail.com / salud.corsal@santander.cl
www.corsal.cl