

## Designación de beneficiarios para seguro de vida

<b>N° DE PÓLIZA</b>	<b>NOMBRE EMPLEADOR O CONTRATANTE</b>	<b>RUT</b>
	FB CORPORACIÓN DE SALUD SANTANDER	73.338.200-7
<b>RUT DEL ASEGURADO</b>	<b>NOMBRE COMPLETO DEL ASEGURADO</b>	
<b>OCUPACIÓN O CARGO</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	<b>OFICINA / DEPENDENCIA</b>

### 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.

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

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL EMPLEADOR O CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO