

FORMULARIO PARA DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

SEGURO COLECTIVO TEMPORAL DE VIDA PARA FUNCIONARIOS DE LA SALUD PÚBLICA EN CASOS DE COVID 19.

Nombre Asegurado :
RUT :
Establecimiento en el cual trabaja :
Dirección de salud a la cual pertenece :
Región :

Indique claramente con letra imprenta a cada beneficiario

APELLIDO PATERNO, MATERNO, NOMBRES	RUT	E-MAIL O TELÉFONO	%

BENEFICIARIOS

ARTICULO 6° DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

El asegurado podrá instituir para cobrar el importe de este seguro, a una o más personas, individualizándolas en designación expresa efectuada por escrito y bajo su firma, lo que deberá constar en un documento entregado al Departamento Subdirección de Recursos Humanos del Servicio de Salud al cual pertenezca el asegurado.

Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer, salvo mención en contrario. A falta de beneficiarios designados, el monto de la indemnización se pagará a los herederos del asegurado, en partes iguales y con derecho a acrecer. La calidad de heredero se deberá acreditar con la respectiva Posesión Efectiva debidamente publicada e inscrita en los registros pertinentes.

El asegurado podrá modificar su designación de beneficiario cuando lo estime conveniente, de la forma ya señalada para la designación. La compañía aseguradora pagará válidamente a los beneficiarios registrados en esta póliza, y con ello quedará liberada de sus obligaciones, pues no le será oponible ningún cambio de beneficiario, realizado en testamento o fuera de él, que no le hubiese sido notificado con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.

Lugar y Fecha

Firma Asegurado