



**SEGURO COLECTIVO DE VIDA**  
**FORMULARIO DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

|             |     |
|-------------|-----|
|             |     |
| Contratante | RUT |

|                          |                       |
|--------------------------|-----------------------|
|                          |                       |
| Nombre Asegurado Titular | RUT Asegurado Titular |

| <u>R.U.T. Beneficiario</u> | <u>Nombre del Beneficiario</u> | <u>Parentesco</u> | <u>% Capital Asegurado</u> |
|----------------------------|--------------------------------|-------------------|----------------------------|
|                            |                                |                   |                            |
|                            |                                |                   |                            |
|                            |                                |                   |                            |
|                            |                                |                   |                            |
|                            |                                |                   |                            |
|                            |                                |                   |                            |
|                            |                                |                   |                            |
|                            |                                |                   |                            |
|                            |                                |                   |                            |

En caso de que usted no designare beneficiarios a quienes la Compañía deba cancelar el capital asegurado en caso de ocurrencia de un siniestro, se entenderá que el capital se distribuirá en partes iguales entre los herederos legales del titular. Es decir, a falta de beneficiarios la indemnización correspondiente a este seguro de vida, pasará a engrosar la masa hereditaria, quedando sujeta a las leyes y normas para los trámites de posesión efectiva.

|                                   |                                  |                |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------|
| _____<br>Nombre Asegurado Titular | _____<br>Firma Asegurado Titular | _____<br>Fecha |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------|