

DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO ASEGURADO ADICIONAL PARA COBERTURAS DE FALLECIMIENTO Y MUERTE ACCIDENTAL

Mediante mi firma estampada en este documento, vengo en manifestar en forma expresa mi consentimiento escrito al seguro que ha contratado don (ña) _____ , cédula de identidad N° _____ , domiciliado (a) en _____ , comuna de _____ , ciudad de _____ , respecto del cual tengo la calidad de asegurado adicional de la cobertura de _____ .

Declaro además, que acepto y concuerdo que el monto asegurado, correspondiente al seguro individualizado previamente, asciende a la cantidad de U.F. _____ (_____ Unidades de Fomento) y que el beneficiario del mismo es don (ña) _____ , cédula de identidad N° _____ .

Nombre: _____ C.I. N°: _____

Firma: _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO ASEGURADO ADICIONAL PARA COBERTURAS DE FALLECIMIENTO Y MUERTE ACCIDENTAL

Mediante mi firma estampada en este documento, vengo en manifestar en forma expresa mi consentimiento escrito al seguro que ha contratado don (ña) _____ ,cédula de identidad N° _____ ,domiciliado (a) en _____ , comuna de _____ ,ciudad de _____ ,respecto del cual tengo la calidad de asegurado adicional de la cobertura de _____ .

Declaro además, que acepto y concuerdo que el monto asegurado, correspondiente al seguro individualizado previamente, asciende a la cantidad de U.F. _____ (_____ Unidades de Fomento) y que el beneficiario del mismo es don (ña) _____ ,cédula de identidad N° _____ .

.

Nombre: _____ C.I. N°: _____

Firma: _____ Fecha: _____