Vida Cámara
SOMOS CChC

USO INTERNO VIDA CÁMARA

Fecha Recepción Compañía | | | |

DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre	R.U.T.

PÓLIZAS

☐ Seguro de Vida
Indicar Nro. Póliza _____

☐ Seguro Accidentes Personales
Indicar Nro. Póliza _____

EMPRESA A LA QUE PERTENECE

Nombre	R.U.T.

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/Parentesco	Email		% de Beneficio
Dirección	Nro	Depto.	Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/Parentesco	Email		% de Beneficio
Dirección	Nro	Depto.	Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/Parentesco	Email		% de Beneficio
Dirección	Nro	Depto.	Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/Parentesco	Email		% de Beneficio
Dirección	Nro	Depto.	Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	

- Puede designarse como Beneficiario a cualquier persona o personas.
- En la designación de más de un Beneficiario deberá señalar el porcentaje de indemnización que corresponde a cada uno, debiendo la suma de todos los porcentajes ser igual a cien (100). Si el Asegurado hace una designación sin porcentaje de indemnización, ésta se distribuirá por partes iguales entre aquellos que hubieren sido designados.
- A falta de Designación de Beneficiarios por parte del Asegurado, se entenderá como tales a los herederos legales de éste.
- El Asegurado podrá cambiar de Beneficiarios cuando lo estime conveniente, dando aviso por escrito al Asegurador mediante el formulario dispuesto para ello o través comunicación escrita.
- Compañía de Seguros Vida Cámara S.A. pagará válidamente a los Beneficiarios indicados en este instrumento, y con ellos 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 por escrito con anterioridad a la ocurrencia del siniestro.
- Esta designación una vez notificada a Compañía de Seguros Vida Cámara S.A. reemplaza cualquier otra anterior.

RECOMENDACIÓN:

Recomendamos para una mayor agilidad en el pago del siniestro, dejar como Beneficiarios a personas mayores de 18 años, dado que según nuestra ley, los hijos menores de 18 años son incapaces de administrar sus bienes y necesariamente deben actuar representados por personas mayores de edad.

ACEPTACIÓN ESPECIAL:

Entiendo y autorizo a que la(s) persona(s) designada(s) como beneficiario(s) en este formulario mantenga(n) dicha condición en el caso de renovarse y/o celebrarse un nuevo contrato de seguro de vida sucesivo a éste entre el contratante de esta Póliza y Compañía de Seguros Vida Cámara S.A., lo cual es sin perjuicio de mi derecho a designar o modificar la Designación de Beneficiarios en la forma y oportunidad dispuesta por la Póliza.

Fecha | | | |

_____
Firma o Rut y Nombre Asegurado

Vida Cámara
SOMOS CChC

USO INTERNO VIDA CÁMARA

Fecha Recepción Compañía

CONSENTIMIENTO SEGURO DE VIDA

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre de la Empresa	R.U.T.

PÓLIZA Y CAPITAL ASEGURADO

SEGURO DE VIDA

Nro. de Póliza

Capital Asegurado: UF

Nro. de Rentas

SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

Nro. de Póliza

Capital Asegurado: UF

CONSENTIMIENTO

Por este instrumento autorizo mi incorporación como Asegurado al Seguro Colectivo de Vida contratado por el Tomador y/o Contratante antes individualizado con la Compañía de Seguros Vida Cámara S.A. Para tal efecto proporciono los siguientes datos:

Nombre Completo	R.U.T.

Fecha

Firma o Rut y Nombre Asegurado