



**Vida Cámara**  
SOMOS CChC

**USO INTERNO VIDA CÁMARA**

Fecha Recepción Compañía

--	--	--

**DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS**

**DATOS DEL ASEGURADO TITULAR**

Nombre	R.U.T.
--------	--------

**PÓLIZAS**

<input type="checkbox"/> Seguro de Vida Indicar Nro. Póliza _____	<input type="checkbox"/> 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	
Dirección		Nº	Depto. Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/Parentesco		Email	
Dirección		Nº	Depto. Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/Parentesco		Email	
Dirección		Nº	Depto. Sector/Villa/Población
Comuna	Ciudad	Teléfono (incluir código ciudad)	

Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno	R.U.T.
Relación/Parentesco		Email	
Dirección		Nº	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