

# FORMULARIO DESIGNACION O CAMBIO DE BENEFICIARIOS SEGURO COLECTIVO DE VIDA

(DOCUMENTO VALIDO SOLAMENTE SI ES RECIBIDO POR BICE VIDA)

FECHA

N° POLIZA

## I. DATOS DEL CONTRATANTE

NOMBRE DEL CONTRATANTE		RUT	<input type="text"/>
------------------------	--	-----	----------------------

## II. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		NOMBRES		RUT	<input type="text"/>
DIRECCION / COMUNA/PAIS			NACIONALIDAD		TELEFONO		
EMAIL DEL ASEGURADO <input type="text"/>							

## III. BENEFICIARIO SEGUROS DE VIDA

RUT	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	PARENTESCO	% BENEFICIO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## V. DATOS CONTACTABILIDAD DE BENEFICIARIOS

SOLICITAMOS PROPORCIONAR LOS SIGUIENTES DATOS PARA PODER CONTACTAR A LOS BENEFICIARIOS EN CASO DE FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO TITULAR.

NOMBRE PERSONA CONTACTO		TELEFONO FIJO	CELULAR
DIRECCION			
EMAIL	<input type="text"/>		
NOMBRE PERSONA CONTACTO		TELEFONO FIJO	CELULAR
DIRECCION			
EMAIL	<input type="text"/>		

### NOTAS:

- 1) AL DESIGNAR MAS DE UN BENEFICIARIO, SE DEBE INDICAR EL PORCENTAJE (%) DEL BENEFICIO QUE CORRESPONDA A CADA UNO DE ELLOS AL MOMENTO DEL SINIESTRO, DEBIENDO LA SUMA DE TODOS LOS PORCENTAJES SER IGUAL A 100%. EN CASO DE OMITIR ESTA INFORMACION, EL CAPITAL ASEGURADO SERA DISTRIBUIDO EN PARTES IGUALES ENTRE LA TOTALIDAD DE BENEFICIARIOS DESIGNADOS.
- 2) SI DESIGNA COMO BENEFICIARIOS A MENORES DE EDAD, LA INDEMNIZACION SE ENTREGARA AL REPRESENTANTE LEGAL (PADRE O MADRE VIVO) O A QUIEN DESIGNE COMO TAL LOS TRIBUNALES.
- 3) LA DESIGNACION DE BENEFICIARIOS PODRA SER CAMBIADA LAS VECES QUE QUIERA, NO OBSTANTE PARA LA COMPAÑIA SERA VALIDA SOLAMENTE EL ULTIMO FORMULARIO DE DESIGNACION Y CAMBIO DE BENEFICIARIOS RECIBIDO POR BICE VIDA.
- 4) DEBE ENVIAR ESTE DOCUMENTO COMPLETO Y FIRMADO, POR INTERMEDIO DEL CONTRATANTE DE LA POLIZA A BICE VIDA. (DOCUMENTO VALIDO SOLAMENTE SI ES RECIBIDO POR BICE VIDA).

FECHA



RUT

FIRMA ASEGURADO TITULAR

FIRMA Y TIMBRE CONTRATANTE