

DIRECCION DE GESTION DE PERSONAS
SERVICIO BIENESTAR DE PERSONAL

SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

DESIGNACION DE BENEFICIARIO

FECHA

I. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR

| | | | | |
|-------------------------|------------------|--------------|----------|--|
| | | | RUT | |
| APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | | |
| DIRECCION / COMUNA/PAIS | | NACIONALIDAD | TELEFONO | |
| EMAIL DEL ASEGURADO | | | | |

II. BENEFICIARIO SUBSIDIO FALLECIMIENTO

| RUT | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | NOMBRES | PARENTESCO | % BENEFICIO |
|-----|------------------|------------------|---------|------------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

FECHA

FIRMA ASEGURADO TITULAR

RUT