

ENDOSO A LA POLIZA DE SEGUROS DE VIDA

ANTECEDENTES DEL CONTRATANTE

Agente _____

Nombres y Apellidos _____

N° de Póliza _____ R.U.T _____

Dirección Comercial _____ N° _____

Comuna _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Dirección Particular _____ N° _____

Comuna _____ Ciudad _____ Teléfono _____

Marque con una "X" donde desea recibir su correspondencia

Comercial Particular Otra (indicar) _____

Instrucciones de llenado: Complete el capítulo relativo a beneficiarios y/o capitales asegurados de acuerdo a la información de la póliza que usted desea modificar. Para que los cambios sean efectuados en la póliza, junto con la entrega de este documento debidamente firmado y fechado en las oficinas de la Compañía Aseguradora, deberá adjuntar fotocopia simple de su cédula de identidad.

I. CAMBIO O MODIFICACIÓN DE DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

a) Designación de Beneficiarios directos o Primarios (necesario)

Aquella (s) persona (s) a la (s) cual (les) la Compañía Aseguradora indemnizará en caso de siniestro, de acuerdo a los porcentajes establecidos en el presente endoso. La suma de los porcentajes de capital asignados a cada uno de los beneficiarios deberá ser igual a 100%.

| |
|--|
| 1 |
| Nombres y Apellidos _____ |
| R.U.T _____ Dirección _____ |
| Comuna _____ Ciudad _____ Teléfono _____ |
| Fecha de Nacimiento _____ Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> |
| Estado Civil _____ Relación con el Asegurado _____ % Capital Asignado _____ |

| |
|--|
| 2 |
| Nombres y Apellidos _____ |
| R.U.T _____ Dirección _____ |
| Comuna _____ Ciudad _____ Teléfono _____ |
| Fecha de Nacimiento _____ Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> |
| Estado Civil _____ Relación con el Asegurado _____ % Capital Asignado _____ |

| |
|--|
| 3 |
| Nombres y Apellidos _____ |
| R.U.T _____ Dirección _____ |
| Comuna _____ Ciudad _____ Teléfono _____ |
| Fecha de Nacimiento _____ Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> |
| Estado Civil _____ Relación con el Asegurado _____ % Capital Asignado _____ |

| |
|--|
| 4 |
| Nombres y Apellidos _____ |
| R.U.T _____ Dirección _____ |
| Comuna _____ Ciudad _____ Teléfono _____ |
| Fecha de Nacimiento _____ Sexo Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> |
| Estado Civil _____ Relación con el Asegurado _____ % Capital Asignado _____ |

Fecha _____ de _____ de _____

Firma Contratante _____

b) Designación de Beneficiario Contigente (opcional)

Aquella persona a la cual la Compañía Aseguradora indemnizará siempre y cuando ninguno de los Beneficiarios Directos o Primarios designados precedentemente haya sobrevivido o exista a la fecha del siniestro:

1
 Nombres y Apellidos _____
 R.U.T _____ Dirección _____
 Comuna _____ Ciudad _____ Teléfono _____
 Fecha de Nacimiento _____ Sexo Masculino Femenino
 Estado Civil _____ Relación con el Asegurado _____ % Capital Asignado _____

2
 Nombres y Apellidos _____
 R.U.T _____ Dirección _____
 Comuna _____ Ciudad _____ Teléfono _____
 Fecha de Nacimiento _____ Sexo Masculino Femenino
 Estado Civil _____ Relación con el Asegurado _____ % Capital Asignado _____

3
 Nombres y Apellidos _____
 R.U.T _____ Dirección _____
 Comuna _____ Ciudad _____ Teléfono _____
 Fecha de Nacimiento _____ Sexo Masculino Femenino
 Estado Civil _____ Relación con el Asegurado _____ % Capital Asignado _____

c) En caso que alguno(s) de los beneficiarios señalados en las letras a) o b) precedentes fueren menores de edad a la fecha del siniestro, el pago de la indemnización que corresponda a dicho(s) beneficiario(s) menor(es) de edad deberá afectuarse a:

1
 Nombres y Apellidos _____
 R.U.T _____ Dirección _____
 Comuna _____ Ciudad _____ Teléfono _____
 Fecha de Nacimiento _____ Sexo Masculino Femenino
 Estado Civil _____ Relación con el Asegurado _____ % Capital Asignado _____

El contratante deja constancia que la persona indicada precedentemente deberá atender las necesidades de (l) (los) menor(es), lo que no obliga a la Compañía Aseguradora, por cuanto esta quedará liberada de toda obligación una vez efectuado el pago de la indemnización a dicha persona.

II. CAMBIO DE CAPITALES (Los aumentos de capital deben adjuntar DPS)

| Coberturas | Capitales | U.F. | Frecuencia (mensual, trimestral, semestral, anual) |
|------------|-----------|------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Total en U.F. a pagar: _____

Los cambios indicados tendrán vigencia a partir del día de recepción del presente endoso por parte de la Compañía Aseguradora, a excepción del cambio de capital asegurado, que tendrá vigencia a contar del primer día del mes siguiente al de recepción por parte de la Compañía.

Fecha _____ de _____ de _____

Firma Contratante _____