



EuroAmerica

Declaración de Beneficiarios

NOMBRE EMPRESA CONTRATANTE		RUT
ASEGURADO TITULAR		
NOMBRES	RUT	Nº DE PÓLIZAS
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO
EMAIL		TELÉFONO

A través de este formulario solicito incorporar todos los beneficiarios vigentes por los que identifico a continuación. Se recomienda designar a mayores de edad.

DESIGNACIÓN BENEFICIARIOS			
NOMBRE			
RUT	RELACIÓN	PORCENTAJE	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
COMUNA	CIUDAD	EDAD	
EMAIL			
NOMBRE			
RUT	RELACIÓN	PORCENTAJE	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
COMUNA	CIUDAD	EDAD	
EMAIL			
NOMBRE			
RUT	RELACIÓN	PORCENTAJE	
DIRECCIÓN		TELÉFONO	
COMUNA	CIUDAD	EDAD	
EMAIL			

OBSERVACIONES

<p>La vigencia de la cobertura para el Asegurado comenzará una vez que EuroAmerica Seguros de Vida S.A. acepte el riesgo propuesto.</p> <p>Esta designación, recepcionada por EuroAmerica Seguros de Vida S.A., reemplaza cualquier otra anterior.</p>	Fecha de Ingreso a la Empresa	Firma Asegurado Titular
	Fecha: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Día Mes Año	
	Fecha Vigencia Inicial en la Póliza	
	Fecha: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Día Mes Año	Fecha: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> Día Mes Año



EuroAmerica

Declaración de Beneficiarios

NOMBRE EMPRESA CONTRATANTE		RUT
ASEGURADO TITULAR		
NOMBRES	RUT	Nº DE PÓLIZAS
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO
EMAIL		TELÉFONO

A través de este formulario solicito incorporar todos los beneficiarios vigentes por los que identifico a continuación.
Se recomienda designar a mayores de edad.

NOMBRE			
RUT		RELACIÓN	PORCENTAJE
DIRECCIÓN			TELÉFONO
COMUNA		CIUDAD	EDAD
EMAIL			
NOMBRE			
RUT		RELACIÓN	PORCENTAJE
DIRECCIÓN			TELÉFONO
COMUNA		CIUDAD	EDAD
EMAIL			
NOMBRE			
RUT		RELACIÓN	PORCENTAJE
DIRECCIÓN			TELÉFONO
COMUNA		CIUDAD	EDAD
EMAIL			

<p>La vigencia de la cobertura para el Asegurado comenzará una vez que EuroAmerica Seguros de Vida S.A. acepte el riesgo propuesto.</p> <p>Esta designación, recepcionada por EuroAmerica Seguros de Vida S.A., reemplaza cualquier otra anterior.</p>	<p>Fecha de Ingreso a la Empresa</p> <p>Fecha: ____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: center;">Día Mes Año</p>	<p>Firma Asegurado Titular</p> <p>_____</p>
	<p>Fecha Vigencia Inicial en la Póliza</p> <p>Fecha: ____ / ____ / ____</p> <p style="text-align: center;">Día Mes Año</p>	

Original: Asegurado