

N° ADHESIÓN:
ROL:

**SOLICITUD DE CAMBIO DE BENEFICIARIO
AL SEGURO COLECTIVO DE VIDA FAMILIAR
"SECORA"**



La Mutual de la Armada

Por el presente documento, solicito una modificación a mis coberturas amparadas por la póliza de seguro de vida temporal colectivo contratada por la Armada de Chile con la Mutual de Seguros de Chile (Asegurador), de acuerdo a lo establecido en las Condiciones Generales de dicha póliza, incorporadas al depósito de la Comisión para el Mercado Financiero bajo el código POL 220220226, y en el Artículo 11 de sus Condiciones Particulares.

ANTECEDENTES DEL ASEGURADO TITULAR (Nombres, Apellido Paterno y Materno)					RUT:	
					-	
Fecha de Nac.	Edad	Estado Civil	Grado	Unidad	NPI	
dd/mm/aaaa	años					
E-mail:						

RUT	Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno		Parentesco o Relación con Asegurado	% del Capital Asegurado *
Dirección				Número:
Depto./Oficina:	Comuna/Ciudad:		Región:	
E-mail			Teléfono:	
RUT	Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno		Parentesco o Relación con Asegurado	% del Capital Asegurado *
Dirección				Número:
Depto./Oficina:	Comuna/Ciudad:		Región:	
E-mail			Teléfono:	
RUT	Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno		Parentesco o Relación con Asegurado	% del Capital Asegurado *
Dirección				Número:
Depto./Oficina:	Comuna/Ciudad:		Región:	
E-mail			Teléfono:	
RUT	Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno		Parentesco o Relación con Asegurado	% del Capital Asegurado *
Dirección				Número:
Depto./Oficina:	Comuna/Ciudad:		Región:	
E-mail			Teléfono:	
RUT	Nombres, Apellido Paterno y Apellido Materno		Parentesco o Relación con Asegurado	% del Capital Asegurado *
Dirección				Número:
Depto./Oficina:	Comuna/Ciudad:		Región:	
E-mail			Teléfono:	

*La suma de los porcentajes de capital base asegurado debe ser igual al 100%. En caso que no se indique un porcentaje, se entenderá que lo son por partes iguales y con derecho a acrecer.

IMPORTANTE: En virtud de las condiciones del seguro colectivo, para el caso del Asegurado Titular casado o con unión civil, el beneficiario de al menos el 50% del capital asegurado, es obligatoriamente su cónyuge o conviviente civil. Si el capital asegurado excediere a esa cantidad, en dicho exceso, el Asegurado Titular puede designar como beneficiario a quien estime conveniente. El Asegurado Titular declara conocer que, con posterioridad a la incorporación de su cónyuge o conviviente civil, puede excluir o cambiar al mismo como beneficiario incluso por el 50% del capital asegurado y designar a otras personas, esa sola circunstancia extinguirá la cobertura de fallecimiento del cónyuge o conviviente civil. Para lo cual deberá suscribir un instrumento privado y comunicarlo oportunamente a Mutual de Seguros de Chile a través de la Dirección General del Personal de la Armada.

FECHA: dd/mm/aaaa

V°B° D.G.P.A.

FIRMA ASEGURADO TITULAR