

DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

Notas: Esta declaración, debe ser completada de puño y letra por el contratante, pero debe ser firmada y aceptada también por el asegurado, en caso que el asegurado no corresponda a la misma persona. El porcentaje del capital a asignar por beneficiario deberá ser sin decimales. Esta declaración de Beneficiarios reemplaza a cualquier otra hecha con anterioridad.

El contratante podrá designar para cobrar un porcentaje del capital de este seguro a una o más personas, individualizándolas en la siguiente nómina:

Identificación Contratante

RUT	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
-----	------------------	------------------	---------

Beneficiarios Principales

Los beneficiarios principales son aquellas personas previstas en la póliza de seguro que reciben la indemnización del capital asegurado en caso de que el asegurado principal fallezca.

RUT	Nombre y apellidos del beneficiario
-----	-------------------------------------

Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Telefono de contacto
		SI ☐ NO ☐

Relación con asegurado	% Capital	¿Su designación es irrevocable?
------------------------	-----------	---------------------------------

Dirección de contacto	Comuna / Ciudad
-----------------------	-----------------

E-mail de contacto

Declaro que el interés asegurable con el/la Sr. (a) individualizada precedentemente y que no corresponde a mi grupo familiar directo es por _____

RUT	Nombre y apellidos del beneficiario
-----	-------------------------------------

Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Telefono de contacto
		SI ☐ NO ☐

Relación con asegurado	% Capital	¿Su designación es irrevocable?
------------------------	-----------	---------------------------------

Dirección de contacto	Comuna / Ciudad
-----------------------	-----------------

E-mail de contacto

Declaro que el interés asegurable con el/la Sr. (a) individualizada precedentemente y que no corresponde a mi grupo familiar directo es por _____

RUT	Nombre y apellidos del beneficiario
-----	-------------------------------------

Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Telefono de contacto
		SI ☐ NO ☐

Relación con asegurado	% Capital	¿Su designación es irrevocable?
------------------------	-----------	---------------------------------

Dirección de contacto	Comuna / Ciudad
-----------------------	-----------------

E-mail de contacto

Declaro que el interés asegurable con el/la Sr. (a) individualizada precedentemente y que no corresponde a mi grupo familiar directo es por _____

RUT	Nombre y apellidos del beneficiario
-----	-------------------------------------

Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Telefono de contacto
		SI ☐ NO ☐

Relación con asegurado	% Capital	¿Su designación es irrevocable?
------------------------	-----------	---------------------------------

Dirección de contacto	Comuna / Ciudad
-----------------------	-----------------

E-mail de contacto

Declaro que el interés asegurable con el/la Sr. (a) individualizada precedentemente y que no corresponde a mi grupo familiar directo es por _____

RUT	Nombre y apellidos del beneficiario
-----	-------------------------------------

Fecha de nacimiento	Nacionalidad	Telefono de contacto
		SI ☐ NO ☐

Relación con asegurado	% Capital	¿Su designación es irrevocable?
------------------------	-----------	---------------------------------

Dirección de contacto	Comuna / Ciudad
-----------------------	-----------------

E-mail de contacto

Declaro que el interés asegurable con el/la Sr. (a) individualizada precedentemente y que no corresponde a mi grupo familiar directo es por _____

Beneficiarios Contingentes

A falta de todos los beneficiarios principales, el contratante podrá designar beneficiarios contingentes, entendiendo por éstos a aquellos que tendrán derecho a recibir la indemnización de este seguro.

RUT	Nombre y apellidos beneficiario contingente	Relación con asegurado	Fecha de nacimiento	% Capital

Consideraciones importantes:

- La presente declaración tiene como objeto declarar a los beneficiarios que desea el contratante y/o asegurado que reciban el derecho a la indemnización prevista en la póliza, bajo la cual se encuentra cubierto el asegurado principal en caso de siniestro por fallecimiento.
- Para esta declaración siempre será necesario que exista un interés asegurable, es decir, que exista una relación entre el asegurado y el beneficiario que responda a la pérdida económica que sufre el beneficiario por el fallecimiento del asegurado.
- La relación Asegurado - Beneficiario principal aceptada es la de familiar directo (madre, padre, hijos, abuelos, nietos, cónyuge, conviviente civil, hermanos, pareja y sus hijos).
- La designación del cónyuge como beneficiario se entenderá hecha al que lo sea en el momento del fallecimiento del asegurado.
- Para designar un beneficiario en el cual el interés asegurable no sea evidente (por ejemplo: amigo, sobrina, suegra (o), tío (a) etc.), se debe clarificar el vínculo que implica el perjuicio económico en caso de siniestro del asegurado.
- Si designare a dos o más beneficiarios, se entenderá que son por partes iguales y con derechos a acrecer, salvo mención en contrario.
- Si habiendo designado a una persona, ésta no sobrevive, se entenderá que instituye como tales a su cónyuge, y en su defecto, a los herederos legales del Asegurado, por partes iguales.
- En caso de existir una declaración de beneficiarios en la Póliza y en el Testamento prevalecerá aquella que al momento del pago del siniestro tenga la fecha más reciente. La Aseguradora al momento de la presentación del siniestro, solicitará al reclamante el último testamento del asegurado fallecido, de no existir dicho documento el reclamante, deberá acreditarlo formalmente.
- El contratante podrá cambiar de beneficiario cuando lo estime conveniente, a menos que la designación hubiese sido hecha en calidad de irrevocable, en cuyo caso el beneficiario irrevocable deberá manifestar por escrito a la compañía su consentimiento.
- La futura cesión de la póliza revocará toda designación de los beneficiarios que no fuesen irrevocables.

D-NS-01

Declaro que la designación de beneficiarios que he hecho precedentemente, constituye la expresión de mi voluntad libremente decidida. A su vez, entiendo que cualquier modificación a mi voluntad sobre los beneficiarios debe ser informada en todo momento a la Aseguradora.

Firma contratante

Firma del asegurado

Fechada en _____, el _____ de _____ año _____
(Ciudad) (día) (mes) (20XX)