

# FORMULARIO CARGAS ANEXAS SEGURO INDIVIDUAL

ELIMINAR

MODIFICAR

## IDENTIFICACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE:

N° RUT:

N° IDENTIFICACIÓN:

N° PÓLIZA:

PLAN:

DIRECCIÓN PARTICULAR :

COMUNA:

CIUDAD:

FONO(S) FIJO:

CELULAR:

EMAIL:

## ANTECEDENTES DEL (O LAS) CARGA(S) ANEXA(S)/ INTEGRANTE(S)

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	RUT	ESTADO DE SALUD

No puede incorporarse nuevas vargas anexas, sólo se permite eliminar o modificar los datos de cargas anteriormente existentes.

ASEGURADO FUE ATENDIDO POR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ FIRMA ASEGURADO

N° IDENTIFICACIÓN:	SE TOMÓ NOTA PARA:
N° PÓLIZA:	
PLAN:	REGISTRO:
ESTADO:	FECHA: