



**SEGURO UNIVERSITARIO
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE CHIRIQUÍ
DIRECCION DE ASUNTOS ESTUDIANTILES**



DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS EN LÍNEA

ASEGURADO PRINCIPAL

Nombre Completo: _____ Cédula: _____

Facultad, CRU o Extensión: _____ Año que cursa: _____

Carrera: _____ Turno: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: _____

Día Mes Año

Estudiante _____ Docente _____ Administrativo: _____

BENEFICIARIOS

BENEFICIARIOS PRINCIPALES

BENEFICIARIOS CONTINGENTES

Nombre	Parentesco	Cédula	%	Nombre	Parentesco	Cédula	%

En caso de beneficiarios menores de edad, se deberá nombrar un Tutor:

Nombre Completo: _____ Cédula: _____

CONTRATANTE: Universidad Autónoma de Chiriquí

Sede: _____

Aseguradora designada: _____

El Beneficiario Principal, es aquella persona (s) mayores de edad, que sea designada (s) para recibir el producto total o parcial de la póliza, en caso de muerte accidental del asegurado.

El Beneficiario Contingente es aquel que es nombrado por el Asegurado para recibir el producto de la Póliza en caso de que al fallecimiento de éste, no se encuentren con vida ninguno de los Beneficiarios Principales.

Declaro que la información suministrada es exacta, verdadera y completa, por lo que certifico que después de leer los datos en este formulario; entiendo que cualquier información falsa o inexacta, puede ser causal de la cancelación de la cobertura solicitada. También autorizo a la institución o a su Corredor de Seguros, para el trámite de cualquier reclamo a la compañía de seguros, cuya póliza esté en vigencia.

Recibo de Caja No.: _____

Firma de Afiliado: _____

Fecha de Pago _____

Revisado contratante: _____