

FECHA:
ROL:



SOLICITUD DE INCORPORACIÓN DE HIJOS MUTUAL PROTECCIÓN FAMILIAR

(La cobertura de los hijos es desde los 90 días hasta los 21 años de edad)

I. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO

NOMBRE : _____
RUT : _____ FECHA NACIMIENTO : _____
EDAD : _____ EMAIL : _____
DOMICILIO : _____
CIUDAD : _____
TELEFONO : _____

II. IDENTIFICACIÓN DE LA(S) POLIZA(S)

III. ANTECEDENTES DE LOS HIJOS

NOMBRES Y APELLIDOS	FECHA NACIMIENTO
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

ESTADO ACTUAL DE SALUD DE LOS HIJOS QUE INCORPORÓ _____

Firma del Asegurado

V°B° Funcionario

V°B° Jefe Agencia

- | | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|--|--|---|---|---|
| ARICA
San Marcos N°438 Of.22
Fono: (58) 254423 | IQUIQUE
Serrano N°154
Fono: (57) 422563 | ANTOFAGASTA
Sucre N°397
Fono: (55) 223591 | LA SERENA
Almirante Allard N°461
Fono: (51) 210902 | VALPARAISO
Molina N°446
Fono: (32) 2326700
Casa Matriz | SANTIAGO
Moneda N°1137 Piso 2
Fono: (2) 6962971 | CONCEPCION
Cabo Cabo N°374
Fono: (41) 2222135 | TEMUCO
Las Heras N°698
Fono: (45) 213549 | PUERTO MONTT
Pedro Montt N°65 Of.503
Fono: (65) 319848 | PUNTA ARENAS
O'Higgins N°824
Fono: (61) 224429 |
|---|--|--|---|--|--|--|---|---|---|