

FECHA:

ROL:



## SOLICITUD DE RECTIFICACION DE DATOS EN POLIZA(S)

### I. ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE

NOMBRE : \_\_\_\_\_

RUT : \_\_\_\_\_ FECHA NACIMIENTO : \_\_\_\_\_

EDAD : \_\_\_\_\_ EMAIL : \_\_\_\_\_

DOMICILIO : \_\_\_\_\_

CIUDAD : \_\_\_\_\_

TELEFONO : \_\_\_\_\_

### II. MARCAR CON UNA "X" LOS DATOS A RECTIFICAR

<input type="checkbox"/>	NOMBRE ASEGURADO	(Nombre Correcto)	
<input type="checkbox"/>	FECHA NAC. ASEGURADO	(Fecha Correcta)	
<input type="checkbox"/>	NOMBRE CONYUGE O SUSTITUTO	(Nombre Correcto)	
<input type="checkbox"/>	FECHA NAC. CONYUGE O SUSTITUTO	(Fecha Correcta)	
<input type="checkbox"/>	NOMBRE BENEFICIARIO	(Dice)	
		(Debe decir)	
<input type="checkbox"/>	NOMBRE CARGA MAYOR	(Dice)	
		(Debe Decir)	
<input type="checkbox"/>	FECHA NAC. C. MAYOR	(Nombre)	
		(Fecha correcta)	
<input type="checkbox"/>	NOMBRE CARGA MENOR	(Dice)	
		(Debe Decir)	
<input type="checkbox"/>	FECHA NAC. C. MENOR	(Nombre)	
		(Fecha correcta)	
<input type="checkbox"/>	NOMBRE HIJO	(Dice)	
		(Debe Decir)	
<input type="checkbox"/>	FECHA NAC. HIJO	(Nombre)	
		(Fecha correcta)	
<input type="checkbox"/>	ADJUNTA POLIZA N°		

Devolver Pólizas Rectificadas:

Al domicilio(Revisar dirección)     A Oficina de: \_\_\_\_\_ Fecha Citación:    /    /

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**  
Colo Colo 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

#### PARA RECTIFICAR LOS DATOS DE SU POLIZA DE SEGUROS

- Imprima el formulario y léalo cuidadosamente
- Anote sus datos personales Nombre, Rut, Domicilio, Teléfono y fecha
- Marque con una "X" en el casillero respectivo el dato que desea rectificar (solamente deberá llenar el dato que según su parecer figura erróneo)
- Escriba su firma
- Anote el lugar donde desea recibir la póliza con la rectificación

> Será necesario que nos adjunte la póliza para hacer la modificación correspondiente, o en el caso de no tenerla deberá llenar el formulario de Duplicado de póliza, con el fin de confeccionar un nuevo documento.

**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 Colo 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