

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 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 rectificación a través de:

 Domicilio(Revisar dirección)     Agencia de: \_\_\_\_\_ Fecha Citación:    /    /

 \_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

 \_\_\_\_\_  
V°B° Funcionario

 \_\_\_\_\_  
V°B° Jefe Agencia


## 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.

