



**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: \_\_\_\_\_