

## Solicitud de Inclusión de Asegurables Dependientes Seguros Complementario de Salud

### I. ASEGURADO TITULAR

RUT	<input type="text"/>	CMC	<input type="text"/>	Nombre Completo	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>			Póliza Nro.	<input type="text"/>

### II. ASEGURABLES DEPENDIENTES SEGURO DE SALUD A INCLUIR

Nombre Completo	RUT	Fecha Nacimiento	Parentesco	Tipo Carga

Declaro que deseo voluntariamente incorporar los asegurables dependientes indicados al Seguro Colectivo Complementario de Salud para el personal de Carabineros de Chile, y acepto que la cobertura del seguro comenzará el primer día del mes que se realice el primer descuento. Asimismo, autorizo a los respectivo pagadores o habilitados para realizar los descuentos por el valor de la prima que correspondan

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma Asegurado Titular