

CONVENIO DE SEGUROS DE INCENDIO
DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL ARMADA DE CHILE
SOLICITUD DE CONTRTACION ASISTENCIA DOMICILIARIA

NOMBRE CONTRATANTE O
PAGADOR

RUT CONTRATANTE O PAGADOR

NPI

TELÉFONO

CELULAR

EMAIL

DATOS DEL RIESGO

DIRECCIÓN DEL RIESGO

MONTOS ASEGURADO

(Indicar monto total asegurado en UF)

NÚMERO PÓLIZA Y CERTIFICADO

ASISTENCIA DOMICILIARIA

(SI/NO)

No completar (Interno compañía)

Vigencia Inicio

Vigencia Término

Prima a Pagar

F. Pago (planilla)
N° de Póliza

FIRMA

