



**DESIGNACION BENEFICIARIO DE AYUDA SOCIAL  
POR FALLECIMIENTO DE AFILIADO**

Unidad de Bienestar del Personal – Sección Beneficios

Fecha solicitud: \_\_\_\_\_

Nombre afiliado : \_\_\_\_\_

Cédula de identidad : \_\_\_\_\_

Afiliado a la Unidad de Bienestar del Personal de la Universidad de Santiago de Chile,  
designo como beneficiario de la **AYUDA POR FALLECIMIENTO DE AFILIADO** a:

Nombre beneficiario : \_\_\_\_\_

Cédula de identidad : \_\_\_\_\_

Relación : \_\_\_\_\_

Teléfono : \_\_\_\_\_

Correo : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA AFILIADO**

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE  
DIRECCION DE ADMINISTRACION Y FINANZAS  
DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS