



**SOLICITUD DE EXCLUSION A SEGURO**  
Unidad de Bienestar del Personal – Sección Beneficios

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

Por el presente documento, YO, \_\_\_\_\_

cédula de identidad nro. \_\_\_\_\_

solicito mi exclusión al seguro \_\_\_\_\_, póliza nro. \_\_\_\_\_

a contar de \_\_\_\_\_.

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

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