



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

Fecha solicitud: _____

Por el presente documento, YO, _____

cédula de identidad nro. _____

solicito la exclusión al seguro _____, póliza nro. _____

de mi hijo(a) / cónyuge _____

a contar de _____.

FIRMA AFILIADO

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