



UNIVERSIDAD  
DE SANTIAGO  
DE CHILE

**SOLICITUD DE EXCLUSIÓN A SEGURO ESCOLAR**  
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**