

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Tomador	Póliza N°	Código Seccional	Código Empresa

ATENCIÓN: COMPLETAR TODOS LOS DATOS CON CLARIDAD, EN LO POSIBLE LETRA DE IMPRENTA.

PARA COMPLETAR POR EL EMPLEADO

Nombre completo del asegurado			
D.N.I./C.I./L.C./L.E./OTROS		Edad	Fecha de nacimiento
Fecha de ingreso al empleo		Sexo	
Día	Mes	Año	Capital asegurado
Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>		
Nombre completo del beneficiario			
D.N.I./C.I./L.C./L.E./OTROS			Porcentaje
Domicilio			
Lugar y Fecha			
Firma del asegurado			

TODO EL PERSONAL ASEGURADO PODRÁ DESIGNAR BENEFICIARIO. EL PRESENTE CERTIFICADO ANULA Y REEMPLAZA A CUALQUIER OTRO EMITIDO CON ANTERIORIDAD.

PARA COMPLETAR POR EL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa		Sello y Firma	
Domicilio			Cód. Postal
Lugar y Fecha			

PARA USO EXCLUSIVO DE EVOLUCIÓN SEGUROS

PARA COMPLETAR POR EL EMPLEADO OTROS BENEFICIARIOS

Nombre completo de los beneficiarios	Domicilio	Porcentaje	D.N.I./C.I./L.C./L.E.

FIRMA DEL ASEGURADO: