

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Tomador	Póliza N°	Código Seccional	Código Empresa	N° de Certificado
---------	-----------	------------------	----------------	-------------------

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		Capital asegurado
Día	Mes	Año	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:

--