

SEGURO COLECTIVO DE VIDA TARJETA DE ENROLAMIENTO

CONTRATANTE: _____

DATOS DEL AFILIADO:

A) NOMBRES COMPLETOS: _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____

B) CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

C) CIUDAD: _____

D) FECHA DE NACIMIENTO: _____

E) ESTADO CIVIL: _____

F) SEXO: M ____ F ____ FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: _____ SUELDO BÁSICO MES: _____

DEPENDIENTES PARA EL BENEFICIO DE ASISTENCIA MÉDICA (SÓLO CÓNYUGE o CONVIVIENTE LEGAL E HIJOS)

APELLIDOS		NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO
PATERNO	MATERNO		DÍA	MES	AÑO	

BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO	PORCENTAJE

TUTOR LEGAL PARA MENORES DE EDAD: _____

_____ EL CONTRATANTE

_____ EL ASEGURADO

