

**SOLICITUD PARA ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES**

POLIZA COLECTIVA No. \_\_\_\_\_ PATRONO \_\_\_\_\_

NUMERO DE CERTIFICADO \_\_\_\_\_ EMPLEADO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FAMILIAR DEPENDIENTE	PARENTESCO	FECHA EN QUE SE ADQUIRIO	FECHA DE NACIMIENTO

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL EMPLEADO \_\_\_\_\_

La solicitud debe ser firmada dentro de los 31 días después de la fecha en que el dependiente se adquiere. Si ésta es fechada después de los 31 días, deberá someterse el dependiente a solicitud y presentar pruebas de asegurabilidad.

\* Esto no es necesario cuando el costo total del seguro de los familiares dependientes es pagado por el patrono.

Los familiares dependientes arriba indicados han sido aprobados para ser asegurados desde el \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

POR \_\_\_\_\_

**Seguros de Occidente, S.A.**

# Seguros de Occidente, S.A.

GUATEMALA, GUATEMALA

## CAMBIO DE BENEFICIARIO

POLIZA COLECTIVA No. \_\_\_\_\_ PATRONO \_\_\_\_\_

NUMERO DE CERTIFICADO \_\_\_\_\_ EMPLEADO \_\_\_\_\_

De acuerdo con las condiciones de la Póliza deseo revocar la designación anterior y por este medio nombrar nuevo beneficiario a:

Me reservo el derecho de cambiar beneficiario sin el consentimiento de los mismos.

Testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

GV.

SIMER Tel/Fax: 0310411