

CONSENTIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO PÓLIZA DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA Y GASTOS MÉDICOS

Número de Póliza:	Número del Certificado:	Clase y Plan:
Nombre del Contratante: _____		
Nombre del Asegurado: _____		Sexo: _____ Estado Civil: _____
Fecha de Nacimiento: _____	Número Documento de Identificación: _____	
Dirección del Asegurado: _____		
Correo Electrónico del Asegurado: _____		Fecha Inicio de Empleo: _____
Ocupación: _____		Salario: _____

Dependientes (si aplican)		
Nombre Completo	Parentesco	Fecha de Nacimiento

Beneficiario(s)			
Nombre Completo	Parentesco	Porcentaje	Tipo de Beneficiario

Lugar:	Fecha: Día <input style="width: 30px;" type="text"/> Mes <input style="width: 30px;" type="text"/> Año <input style="width: 30px;" type="text"/>
Nombre del Solicitante:	
Firma del Solicitante: _____	Firma y Sello del Contratante: _____
Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución No. 1256-2018 del 30 de julio del 2018, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.	