

SOLICITUD PARA ADICIÓN DE FAMILIARES DEPENDIENTES

PÓLIZA COLECTIVA No.: \_\_\_\_\_ PATRONO: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE CERTIFICADO: \_\_\_\_\_ EMPLEADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL FAMILIAR DEPENDIENTE	PARENTESCO	FECHA EN QUE SE ADQUIRIÓ	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 al dependiente a la 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 por ser asegurados desde el \_\_\_\_\_

POR \_\_\_\_\_

ASEGURADORA CONFÍO, S.A.