



NOTA: Llenar los espacios con letra de molde legible

PARA USO DE SEGUROS EL ROBLE, S.A.				
Póliza	Afiliada	Clase	Certificado	Suma Asegurada

TARJETA DE CONSENTIMIENTO

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza maestra de Seguro Colectivo, contratado entre _____

a quien reconozco como Contratante del grupo y Seguros El Roble, S.A. en consecuencia doy mi plena conformidad a todo lo actuado entre dichas partes, con relación al mencionado seguro.

Nombre Completo _____
APELLIDOS NOMBRES CÉDULA/DPI

Dirección Particular _____ NIT _____
CALLE ZONA CIUDAD

Indíquese Cobertura				Fecha de Nacimiento				Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Vida	MYDA	Gastos Médicos	GM Dependientes	Día	Mes	Año	Edad	

Sujeto a las condiciones que se indiquen abajo, nombro como Beneficiario(s) en caso de mi fallecimiento a:

Nombres y Apellidos del Beneficiario	Parentesco	%	Cédula/DPI

Si ocurre el fallecimiento de cualquier beneficiario antes del mío, los intereses de dicho beneficiario se otorgarán a los beneficiarios sobrevivientes o beneficiario sobreviviente o, si no hay, a mis herederos legales. Reservo el derecho de cambiar cualquier beneficiario nominado arriba.

Quiero inscribirme en los planes colectivos indicados arriba, para los cuales soy o seré elegible. Convengo si se me admite, en la deducción de las contribuciones apropiadas de mi sueldo y, si me fuera requerido, en proveer evidencia de mi edad. Declaro que estoy enterado de que la suma de seguro solicitado para el suscrito está acorde con las normas estipuladas en la solicitud principal.

FIRMA DE LA PERSONA SUSCRITA Fecha

<small>DÍA</small>	<small>MES</small>	<small>AÑO</small>

Solamente para cobertura de Gastos Médicos para Dependientes Elegibles: Cónyuge e Hijo(s) Soltero(s)

Nombre Completo	Parentesco	F. Nacimiento			Cédula/DPI
		DÍA	MES	AÑO	

PARA SER COMPLETADO POR EL CONTRATANTE

Fecha en que el Empleado entró a servicio de la Empresa

<small>DÍA</small>	<small>MES</small>	<small>AÑO</small>

 Salario Mensual _____
 Ocupación _____

NOMBRE DEL FIRMANTE EN LETRA DE MOLDE FIRMA

PARA SER COMPLETADO POR SEGUROS EL ROBLE, S.A.

Fecha en que el Empleado se incluye en el Plan

<small>DÍA</small>	<small>MES</small>	<small>AÑO</small>

 Contributivo
 No Contributivo