

SOLICITUD PARA COLECTIVO DE VIDA Y SALUD

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

FECHA NACIMIENTO: Día Mes Año

ESTADO CIVIL: () SOLTERO () CASADO

SEXO: () MASCULINO () FEMENINO

NOMBRE DE LA EMPRESA ASEGURADA: _____

SUELDO MENSUAL DEL EMPLEADO: RD\$ _____

OCCUPACION O CARGO: _____

FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: Día Mes Año

UD. SOLICITA BENEFICIOS DE SALUD PARA: () CONYUGE () HIJO(S) SOLTERO(S)

DIRECCION: _____

CEPULA: _____

TELEFONO: _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑIA DE SEGURO

POLIZA DE VIDA:	CERTIFICADO No.:	FECHA EFECTIVA (D/M/A):	CLASE
POLIZA DE SALUD:			

DEPENDIENTES SEGURO MEDICO

FECHA NACIMIENTO Día / Mes / Año

PARENTESCO

1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____
9.	_____	_____	_____

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

Día Mes Año

