

TARJETA DE ENROLAMIENTO

(usar máquina o letra de imprenta)

 Número de Póliza:
1 CONTRATANTE
NOMBRES Y APELLIDOS DEL TITULAR

 Apellidos: Nombres:

 Cédula: Pasaporte: N° Fecha de Nacimiento:

dd/mm/aaaa

 Sexo: M F Estado Civil Actual: Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre

 Correo electrónico:
3
BENEFICIARIOS:
EDAD
PARENTESCO
%

BENEFICIARIOS:	EDAD	PARENTESCO	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

TUTOR: para el caso de menores de 18 años y siempre que sea legalmente designado.

LLENAR SOLO EN CASO DE POSEER PÓLIZA DEPENDIENTE O ADICIONALES

Coberturas adicionales: Dental () Exequial ()

ESCRIBA LOS NOMBRES DE: DEPENDIENTES Y ADICIONALES. (HIJOS SOLTEROS SOLO HASTA 25 AÑOS):

Apellidos	Nombres	Cédula/Pasaporte	Sexo (F/M)	Fecha Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco

Firmo este documento en señal de aceptación, en la ciudad de _____, a los _____ días del mes de _____ del 2 ____

 Firma Asegurado Titular

El Solicitante y/o Asegurado podrán solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.
Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número de registro 44980 el 29 de Marzo de 2017.