

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA TARJETA DE ENROLAMIENTO**

(Usar máquina o letra de imprenta)

1	CONTRATANTE	Seguro de :	Colectivo de Vida ()	Accidentes Personales ()	Póliza No.:
2	NOMBRES Y APELLIDOS DEL ASEGURADO				
	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	
3	Fecha de Nacimiento: Día:	Mes:	Año:	C.I. o Pasaporte N°:	
	Estado Civil:	Sexo: M () F ()	E-mail:		
4	BENEFICIARIOS:	Edad	Parentesco	%	
	TUTOR : para el caso de menores de 18 años y siempre que sea legalmente designado				

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

ASEGURADO TITULAR_____
CONTRATANTE

Nota: Formulario aprobado por la Superintendencia de Bancos con Resolución No. SB-INS-2001-303, registro # 21041 de Octubre 25 del 2.001



5	ESCRIBA LOS NOMBRES DE : CONYUGE E HIJOS SOLTEROS MENORES DE 25 AÑOS QUE TENDRAN COBERTURA			
	DEPENDIENTES ELEGIBLES PARA ASEGURAR :	CONYUGE: SI () NO ()	HIJOS:	
	a. NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONYUG E	SEXO: F () M ()		
	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
	Fecha de Nacimiento: Día:	Mes:	Año:	C.I. o Pasaporte N°:
	b. HIJOS:			
	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido