

SEGURO COLECTIVO DE VIDA

1. ESPACIO EXCLUSIVO PARA ROCAFUERTE SEGUROS

NOMBRE DEL CONTRATANTE		GIRO DEL NEGOCIO		CODIGO DEL CONTRATANTE	
CAPITAL VIDA		PLAN ASISTENCIA MEDICA		CODIGO DEL TITULAR / ASEGURADO	
GRUPO :	VALOR ASEGURADO:	GRUPO:			

2. ESPACIO A SER LLENADO POR EL ASEGURADO / TITULAR

ASEGURADO / TITULAR						C.I./ C.C/ Pasaporte		POLIZA N°		
FECHA DE NACIMIENTO										
Día			Mes			Año				
Apellido Paterno		Apellido Materno		Primer Nombre		Segundo Nombre				
FECHA DE EMPLEO			INGRESO DE LA POLIZA			SALARIO		SEXO		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año	Semanal <input type="checkbox"/>	Quincenal <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>
ESTADO CIVIL										
Soltero <input type="checkbox"/>			Casado <input type="checkbox"/>			Divorciado <input type="checkbox"/>			Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/>	

SEGURO DE VIDA

1. BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	C.I./ C.C/ Pasaporte	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO	%

SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA

2. DEPENDIENTES PARA SEGURO DE ASISTENCIA MEDICA: CONYUGE E HIJOS (éstos últimos, desde los 18 a 23 años si son solteros y estudiantes a tiempo completo)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	C.I./ C.C/ Pasaporte	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO

TUTOR (PARA BENEFICIARIOS MENORES DE EDAD)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	C.I./ C.C/ Pasaporte

Declaro bajo mi responsabilidad que la información proporcionada en éste formulario son verídicas y completas, ratificando además que las personas que constan como beneficiarios de la póliza de Vida son únicamente los que constan en éste formulario.

Lugar y Fecha

Firma del Titular