



SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO COLECTIVO DE VIDA

Sindicato	Póliza N°	Código Seccional	Código Empresa	Certificados
-----------	-----------	------------------	----------------	--------------

ATENCIÓN: COMPLETAR TODOS LOS DATOS CON CLARIDAD, EN LO POSIBLE LETRA DE IMPRENTA O A MÁQUINA

PARA LLENAR POR EL TRABAJADOR

Nombre completo del asegurado (sin iniciales)		Fecha de nacimiento		
		Día	Mes	Año
D.N.I. / C.I. / L.C. / L.E.		Edad		
Nombre completo del Beneficiario (sin iniciales)		Firma del Asegurado		
Lugar y Fecha	D.N.I. / C.I. / L.C. / L.E.			

PARA LLENAR POR EL EMPLEADOR

Nombre de la Empresa		Sello y Firma
Domicilio		
Cód. Postal	Lugar y Fecha	

PARA USO EXCLUSIVO DE INSTITUTO DE SEGUROS S.A.

OTROS BENEFICIARIOS

Nombre completo de los beneficiarios (sin iniciales)	D.N.I. / C.I. / L.C. / L.E.
Firma del Asegurado	