

INSTITUTO DE SEGUROS S.A.

LA SEGURIDAD DE ESTAR PROTEGIDO POR AMIGOS



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
C.U.I.L. del Asegurado	D.N.I./C.I./L.C./L.E	Edad			
Nombre completo del Beneficiario	C.U.I.L. Beneficiario		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)	C.U.I.L.

Firma del Asegurado
