



SOLICITUD DE ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES

POLIZA COLECTIVA No. _____ CONTRATANTE: _____
NUMERO DE CERTIFICADO _____ EMPLEADO: _____

NOMBRE DEL FAMILIAR DEPENDIENTE	PARENTESCO	FECHA DE MATRIMONIO	FECHA DE NACIMIENTO
---------------------------------	------------	---------------------	---------------------

--	--	--	--

Fecha _____ Firma del Asegurado _____

La solicitud debe ser firmada dentro de los 31 días después de la fecha en que el dependiente se adquiere. Si ésta es fechada después de los 31 días, deberá someterse el dependiente a solicitud y presentar pruebas de asegurabilidad.
* Esto no es necesario cuando el costo total del seguro de los familiares dependientes es pagado por el patrono.

Los familiares dependientes arriba indicados han sido aprobados para ser asegurados desde el _____
POR _____
ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.



SOLICITUD DE ADICION DE FAMILIARES DEPENDIENTES

POLIZA COLECTIVA No. _____ CONTRATANTE: _____
NUMERO DE CERTIFICADO _____ EMPLEADO: _____

NOMBRE DEL FAMILIAR DEPENDIENTE	PARENTESCO	FECHA DE MATRIMONIO	FECHA DE NACIMIENTO
---------------------------------	------------	---------------------	---------------------

--	--	--	--

Fecha _____ Firma del Asegurado _____

La solicitud debe ser firmada dentro de los 31 días después de la fecha en que el dependiente se adquiere. Si ésta es fechada después de los 31 días, deberá someterse el dependiente a solicitud y presentar pruebas de asegurabilidad.
* Esto no es necesario cuando el costo total del seguro de los familiares dependientes es pagado por el patrono.

Los familiares dependientes arriba indicados han sido aprobados para ser asegurados desde el _____
POR _____
ASSA COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A.

COPIA