

Póliza No.:	Asegurado:
Certificado:	Vigencia inicial de la Póliza:

Nombre del Familiar Dependiente	Parentesco	Fecha de Nacimiento	Fecha en que se adquirió parentesco	Sexo M / F	Peso y Estatura

Si la adición de su dependiente corresponde a un parto prematuro reciente, favor indicar las semanas de gestación al momento del nacimiento:_____

DATOS DEL CONYUGE (cuando se solicita la adición de éste) Requisito: Agregar adjunto el cuestionario adicional.

Nombre de la Empresa donde Trabaja:_____ Tel._____

Descripción exacta de ocupación:_____ Cel:_____

IMPORTANTE: Adicionalmente debe presentar el formulario prueba de asegurabilidad y para hijos menores de 1 año informe de pediatra.

Guatemala, _____ Firma del Asegurado Titular _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ASEGURADORA:

Los familiares dependientes han sido aceptados a partir de: _____

Autorizado por: _____ Fecha: _____

Seguros El Roble