

PARA USO DE SEGUROS EL ROBLE, S.A.				
Póliza	Afiliada	Clase	Certificado	Suma asegurada

Nota: Llenar todos los espacios con letra de molde legible

TARJETA DE CONSENTIMIENTO

Me adhiero a la solicitud básica y a la póliza maestra de Seguro Colectivo, contratado entre _____

a quien reconozco como Contratante del grupo y Seguros El Roble, S.A. en consecuencia doy mi plena conformidad a todo lo actuado entre dichas partes, con relación al mencionado seguro.

Nombre completo _____
APELLIDOS _____ NOMBRES _____ DPI _____
Dirección particular _____
CALLE _____ ZONA _____ CIUDAD _____ NIT **SAFDFSDFSD**

Indíquese Cobertura				Fecha de Nacimiento				Sexo F ☐ M ☐
Vida	MYDA	Gastos Médicos	GM Dependientes	Día	Mes	Año	Edad	

Sujeto a las condiciones que se indiquen abajo, nombre como Beneficiarios(s) en caso de mi fallecimiento a:

Nombres y apellidos del beneficiario	Parentesco	%	DPI

Si ocurre el fallecimiento de cualquier beneficiario antes del mío, los intereses de dicho beneficiario se otorgarán a los beneficiarios sobrevivientes o beneficiario o, si no hay, a mis herederos legales. Reservo el derecho de cambiar cualquier beneficiario nominado arriba.

Quiero inscribirme en los planes colectivos indicados arriba, para los cuales soy o seré elegible. Convengo si se me admite, en la deducción de las contribuciones apropiadas de mi sueldo y, si me fuera requerido, en proveer evidencia de mi edad. Declaro que estoy enterado de que la suma de seguro solicitado para el suscrito está acorde con las normas estipuladas en la solicitud principal. SEGUROS EL ROBLE, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a La Compañía a dar por terminado en el contrato de seguro.

FIRMA DE LA PERSONA SUSCRITA

Fecha _____
DÍA _____ MES _____ AÑO _____

Solamente para cobertura de Gastos Médicos para Dependientes Elegibles: Cónyuge e Hijo(s) Soltero(s)

Nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento			DPI
		DÍA	MES	AÑO	

PARA SER COMPLETADO POR EL CONTRATANTE

Fecha en que el Empleado entró a servicio de la Empresa _____
DÍA _____ MES _____ AÑO _____

Salario Mensual _____
Ocupación _____

NOMBRE DEL FIRMANTE EN LETRA DE MOLDE

FIRMA Y/O SELLO DEL CONTRATANTE

PARA SER COMPLETADO POR SEGUROS EL ROBLE, S.A.

Fecha en que el Empleado se incluye en el Plan _____
DÍA _____ MES _____ AÑO _____

Contributivo _____
No contributivo _____