



Compañía de Seguros, S.A.

SOLICITUD PARA ADICIÓN DE FAMILIARES DEPENDIENTES

Este documento sólo constituye una solicitud de seguro, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros.

Número de Póliza: _____ Titular de la Póliza: _____

Nombre del Familiar Dependiente	Parentesco	Fecha en de inclusión Día/ Mes/ Año	Fecha de Nacimiento Día/ Mes/ Año

Fecha: _____ Firma del Asegurado: _____

Los familiares dependientes arriba indicados han sido aprobados para ser asegurados desde el:

Día/Mes/ Año

Valor de la prima: \$ _____