



DAVIVIENDA
Seguros

INCLUSIÓN DE FAMILIARES DEPENDIENTES AL SEGURO COLECTIVO MÉDICO HOSPITALARIO

Contratante:					Póliza No.				
Nombre del Empleado:					No. de Certificado:				
Nombre del Dependiente	Sexo		Parentesco	Fecha en que adquirió la calidad de dependiente			Fecha de nacimiento		
	F	M		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
			Cónyuge						
Ocupación:			Cónyuge						
Lugar de Trabajo:			Hijo (a)						
			Hijo (a)						
			Hijo (a)						
			Hijo (a)						

Lugar y Fecha:

La inclusión debe hacerse dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que el dependiente se adquiriera. Si se hace después de este período, se debe también presentar prueba de asegurabilidad para el familiar dependiente.

Firma del Empleado

La inclusión de familiares dependientes arriba detallados, ha sido aprobada desde el:

Firma Autorizada y Sello

LA0065



DAVIVIENDA
Seguros

INCLUSIÓN DE FAMILIARES DEPENDIENTES AL SEGURO COLECTIVO MÉDICO HOSPITALARIO

Contratante:					Póliza No.				
Nombre del Empleado:					No. de Certificado:				
Nombre del Dependiente	Sexo		Parentesco	Fecha en que adquirió la calidad de dependiente			Fecha de nacimiento		
	F	M		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
			Cónyuge						
Ocupación:			Cónyuge						
Lugar de Trabajo:			Hijo (a)						
			Hijo (a)						
			Hijo (a)						
			Hijo (a)						

Lugar y Fecha:

La inclusión debe hacerse dentro de los 31 días siguientes a la fecha en que el dependiente se adquiriera. Si se hace después de este período, se debe también presentar prueba de asegurabilidad para el familiar dependiente.

Firma del Empleado

La inclusión de familiares dependientes arriba detallados, ha sido aprobada desde el:

Firma Autorizada y Sello

EA0065