SEGURO COLECTIVO FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN





Por favor llenar todos los campos de forma concisa y letra legible, ya sea a mano o computadora.

Si los beneficiarios tienen únicamente un nombre o un apellido especificarlo entre paréntesis.

La suma total de los porcentajes debe ser el 100% ni más ni menos. Imprimir a doble cara.

INFORMACIÓN PERSONAL						
Nombre Completo:						
Departamento de Nacimiento:						
Municipio de Nacimiento:						
Fecha de Nacimiento:	DPI:					
Dirección de Residencia:	Zona de Residencia:					
Estado Civil:						
Nombre del Cónyuge:						
NOMBRE COMPLETO DE LOS BENEFICIARIOS	PARENTESCO	PORCENTAJE	TELÉFONO			
OBSERVACIONES:						
Guatemala, de 20						
(f):						
AUTÉNTICA:						
En la ciudad de Guatemala, el	ecede es auténtica tifica con Documen da en: n el infrascrito Nota	por haber sido p to Personal de Id ario	entificación			
(f):	(f)·					
Ingeniero (a)		Notario				

INSCRIPCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR Datos del cónyuge	
Nombre Completo:	
Título:	No. de Colegiado:
Fecha de Nacimiento:	DPI:
Dirección de Residencia:	Teléfono Residencia:
Dirección de Trabajo:	Teléfono Trabajo:
Nacionalidad:	
INSCRIPCIÓN DEL GRUPO FAMILIAR Hijos menores de 21 años	
Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento:	DPI:
Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento:	DPI:
Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento:	DPI:
Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento:	DPI:
Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento:	DPI:
Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento:	DPI:

ADJUNTAR:

- Fotocopia de Documento Personal de Identificación (DPI) del cónyuge e ingeniero autenticado por un abogado.
- 2. Fe de edad original o fotocopia autenticada de sus hijos menores de 18 años.
- 3. Fotocopia de Documento Personal de Identificación (DPI) de sus hijos de 18 a 21 años.