

CONSENTIMIENTO PARA SER ASEGURADO EN LA PÓLIZA COLECTIVA DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

Contratante _____

Subgrupo (Nombre) _____ Certificado No. _____

Alta de Titular y dep. económicos () Alta de dep. económicos () al ()

Datos del Titular y sus dependientes

Nombre	Ocupación	Sexo	Fecha de nacimiento			Fecha de alta		
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
Titular								
Dependientes	Parentesco							
Lugar y Fecha			Día	Mes	Año			

Sello y firma del representante

Firma del asegurado