



BANCO DE SEGUROS DEL ESTADO

SEGURO DE VIDA DE AGRUPAMIENTO

(USAR LETRA DE IMPRENTA)

OFICINA: N° COBRO SECCION CARGO ADMIN.
 N° CARGO TECNICO
 OPERARIO

1er APELLIDO: 2do. APELLIDO

1er NOMBRE: 2do NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO: FECHA DE INGRESO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

DIRECCION: TEL/CEL:

ESTADO CIVIL: E-MAIL:

NOMBRES COMPLETOS DE BENEFICIARIOS (si es familiar indicar parentesco)

.....
.....

CAPITAL A CONTRATAR
(MARQUE CON UNA "X" EL QUE ELIGE)

- \$ 31.000 () A CARGO UNIVERSIDAD
- \$ 143.000 () COSTO MENSUAL \$ 196.-
- \$ 200.000 () COSTO MENSUAL \$ 274.-
- \$ 277.000 () COSTO MENSUAL \$ 380.-
- \$ 350.000 () COSTO MENSUAL \$ 480.-

El solicitante está en actividad plena.

COMPLETAR ESTE FORMULARIO Y FIRMAR EL FORMULARIO ADJUNTO DEL BANCO DE SEGUROS