

**TARJETA DE
CONSENTIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO**

Solamente complete parte en negro.
Mecanografiése o llénelo a letra de molde.

NOMBRE DEL EMPLEADO								No. DE POLIZA	No. DE CERT.																																																																																				
Apellido				2do. Apellido		Nombre		2do. Nombre																																																																																					
Contratante						Sucursal Planta o Dept.		Ocupación																																																																																					
Fecha de Nacimiento			Fecha de Empleo			Salario Básico			SEXO	SOLTERO	<input type="checkbox"/>																																																																																		
Mes	Día	Año	Mes	Día	Año	Mensual <input type="checkbox"/>	Quincenal <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	CASADO	<input type="checkbox"/>																																																																																		
Semanal <input type="checkbox"/>									F <input type="checkbox"/>	OTRO																																																																																			
Seguro-Beneficios						Beneficiarios de Vida																																																																																							
Vida <input type="checkbox"/>						Detallar abajo: Nombres completos, fechas de nacimiento, parentesco, alternativas, % de participación, etc.																																																																																							
Op. <input type="checkbox"/>																																																																																													
Myda <input type="checkbox"/>																																																																																													
Cobertura para gastos médicos:			Empleado: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO						Dependientes: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																				
Cobertura para gastos dentales:			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO																																																																																										
<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td>Empleado:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>Dependientes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Clase</td> <td>Fecha de Vigencia</td> <td>Salario</td> <td>Vida</td> <td>Opciones</td> <td>MyDA</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>No. de Deps.</td> <td>Fecha de Vigencia</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td></td> </tr> </table>										Empleado:								Dependientes		Clase	Fecha de Vigencia	Salario	Vida	Opciones	MyDA				No. de Deps.	Fecha de Vigencia																																																															
		Empleado:								Dependientes																																																																																			
Clase	Fecha de Vigencia	Salario	Vida	Opciones	MyDA				No. de Deps.	Fecha de Vigencia																																																																																			

Por la presente solicito a _____ la Protección de Seguro Colectivo por la cantidad y condiciones por las cuales soy elegible bajo el Contrato de Seguro Colectivo emitido a mi patrono y/o Contratante y autorizo a éste para que haga la deducción de mi salario, la cantidad requerida, si la hubiera, para cubrir mi cuota de las primas y me reservo el derecho a revocar la autorización para dicha deducción, en cualquier tiempo mediante aviso escrito al mismo.

Este documento se emite en formulario aprobado por la Superintendencia del Sistema Financiero, según Oficio No. 454 de fecha 19 de septiembre de 1988.

Sucursal autorizada por el órgano ejecutivo de economía; según acuerdo No. 228 de fecha 3 de Marzo de 1978.

Fecha _____
MES / DIA / AÑO _____

Firma del Empleado _____
FORM. 2610

PARA BENEFICIO DE GASTOS MEDICOS / GASTOS DENTALES: DEPENDIENTES ELEGIBLES: CONYUGE - HIJOS SOLTEROS 10 DÍAS - 19 AÑOS			
NOMBRE COMPLETO			F. NCMTO. MES / DIA / AÑO
COYUGE:			
HIJOS:			

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA / MyDA: NOMBRES / ALTERNATIVAS / CANT.		PARENTESCO	%	F. NCMTO. MES / DIA / AÑO

Dirección particular del asegurado _____

No. Tel. _____

Fecha _____

MES / DIA / AÑO

Firma del Empleado _____