



CIA. INTERNACIONAL DE SEGUROS, S.A.

PAGADOR DE LA SOLICITUD

Solicitud No.: _____ A nombre de: _____

Nombre: _____ Cédula: _____

Dirección Residencial _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Ocupación: _____

Descripción de
funciones: _____

Empleador o Patrono: _____

Dirección: _____

Teléfonos: _____ Oficina _____ Trabajo _____

Tiempo en el empleo: _____ años _____ meses

Salario Mensual: _____ Otros ingresos: _____

Seguros de Vida en Vigor del Pagador de la Solicitud:

CIA. ASEGURADORA	AÑO DE EMISIÓN	MONTO DEL SEGURO	MUERTE ACC.

Seguros de Vida en Vigor de hermanos del prospecto asegurado (Seguro Juvenil)

CIA. ASEGURADORA	AÑO DE EMISIÓN	MONTO DEL SEGURO	MUERTE ACC.

Modo de Pago:

Banco _____ Salario _____ Voluntario _____ Por Cobro _____

Frecuencia de Pago:

Anual _____ Semestral _____ Trimestral _____ Mensual _____ Quincenal _____ Bisemanal _____

_____ Firma del Pagador