



**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