



DESIGNACIÓN / CAMBIO BENEFICIARIO		
NOMBRE DEL PRINCIPAL		PÓLIZA N°
		CERTIFICADO N°
NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE		D. DE IDENTIDAD N°
Fecha de Nacimiento	Fecha de Empleo	Fecha de Vigencia
Sueldo	Capital Asegurado	
	\$	
DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIOS		
Sírvasse llenar con claridad los nombres completos sin iniciales		
NOMBRE DE LOS BENEFICIARIOS	PARENTESCO	EDAD (años)
<p>Por la presente solicito ser incluido en el seguro de vida colectivo, de acuerdo con las condiciones de la póliza en poder del Principal.</p> <p>..... el de de 20.</p> <p style="text-align: center;">(CIUDAD)</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">FIRMA DEL ASEGURADO</p>		
SELLO Y FIRMA DEL PRINCIPAL	PARA USO DE L'UNION de Paris S.A.	
Certifico la exactitud de los datos arriba mencionados.	Anotado por:	Revisado por: