

**TARJETA DE  
CONSENTIMIENTO DE SEGURO COLECTIVO**  
Solamente complete parte en negro.  
Mecanografiase o llénese a letra de molde.

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

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 \_\_\_\_\_