

**SEGURO COLECTIVO DE VIDA  
SOLICITUD EMPRESARIAL  
R.U.C. 0990022453001**

**DATOS DEL CONTRATANTE:**

- A. RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_  
 B. DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
 C. N°. TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
 D. N° FAX: \_\_\_\_\_  
 E. N° R.U.C.: \_\_\_\_\_  
 F. E-MAIL: \_\_\_\_\_  
 G. ACTIVIDAD DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_  
 H. RESPONSABLE DEL GRUPO: \_\_\_\_\_

**DETALLES DEL GRUPO ASEGURABLE:**

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| I. PÓLIZA CONTRIBUTIVA           | PÓLIZA NO CONTRIBUTIVA                 |
| PATRONO _____ % EMPLEADO _____ % | SOLO PATRONO _____ SOLO EMPLEADO _____ |
- J. N° TOTAL EMPLEADOS DE LA EMPRESA
- K. N° EMPLEADOS ASEGURABLES
- L. N° EMPLEADOS ASEGURADOS
- \_\_\_\_\_
- M. SU EMPRESA HA CONTRATADO ASISTENCIA MÉDICA ANTERIORMENTE SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- N. SI LA RESPUESTA ANTERIOR FUE SI, INDIQUE CON QUE EMPRESA: \_\_\_\_\_
- O. FECHA DE INICIO DE LA PÓLIZA: \_\_\_\_\_

Por la presente certifico, en nombre de la empresa, que todos los detalles necesarios para la emisión de la póliza colectiva han sido indicados, y a nombre de la empresa, solicito que se emita la póliza para todos los empleados de la misma y sus dependientes elegibles, si procediere, a partir de la fecha indicada anteriormente.

Declaro según mi leal saber y entender, que la información aquí indicada es verdadera y completa.

Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_ Firmado a nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Nombre del Firmante: \_\_\_\_\_ Cargo en la Empresa: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL BROKER:**

- P. EJECUTIVA (O) DE CUENTA: \_\_\_\_\_
- Q. FECHA: \_\_\_\_\_

El Contratante y/o Asegurado podrá solicitar a la Superintendencia de Bancos y Seguros la verificación de este texto. El presente formulario fue aprobado por la Superintendencia de Bancos y Seguros mediante Resolución N° SBS-2005-017 de Enero del 2005.