



INFORMACION NECESARIA PARA COMPLETAR SOLICITUD DE POLIZA DE CANCER

NUMERO DE EMPLEADO:

INFORMACION DEL SOLICITANTE		INFORMACION DEL CONYUGE	
Nombre Completo:		Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	
Seguro Social:		Seguro Social:	
Dirección Postal o Residencial:			
Teléfono Residencial:		Teléfono del Trabajo:	Celular:
Tipo de Póliza: <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Familiar			
INFORMACION DE DEPENDIENTES MENORES DE 21 AÑOS			
Nombre Completo:		Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	
Seguro Social:		Seguro Social:	
Sexo:	Edad:	Sexo:	Edad:
NOMBRE DEL PADRE O LA MADRE (con sus dos apellidos) si desea adquirir cubierta adicional para alguno			
Nombre Padre:		Nombre Madre:	
Fecha de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	
Seguro Social:		Seguro Social:	
Dirección Postal o Residencial:			
BENEFICIARIOS (No aplica al beneficio para gastos de funeral)			
<u>NOMBRE</u>	<u>PARENTESCO</u>	<u>NOMBRE</u>	<u>PARENTESCO</u>
INFORMACION DE SOLICITANTE (si desea adquirir cubierta adicional para algún familiar)			
Nombre Completo:		Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	
Seguro Social:		Seguro Social:	
Dirección Postal:		Dirección Postal:	
COMENTARIOS:			

NOTA: Favor de completar todas sus partes y enviar a la clave de envío 908 (verde). Para el procesamiento de la solicitud, se copiará la información pertinente y se le enviará para su firma.