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: ☐ Individual ☐ 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)

NOMBRE	PARENTESCO	NOMBRE	PARENTESCO

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:	

BORRAR

NOTA: Favor de completar todas sus partes y enviar a *servicio@cooprafaelcarrionjr.com* o a la clave de envío 908. Para el procesamiento de la solicitud, se copiará la información pertinente y se le enviará para su firma.