

Consentimiento de seguro de gastos funerarios colectivo

Manifiesto mi conformidad para ser incluido en el seguro colectivo de gastos funerarios. Y doy mi autorización a mi empresa para que sea descontado de mi nómina, el importe correspondiente.

Aceptación

Número de nómina

Departamento

Nombre del titular

Apellido paterno	Apellido materno
------------------	------------------

Nombre(s)

Nombre de los dependientes económicos, padres y hermanos incluidos

Suma asegurada

\$

Fecha de nacimiento de los integrantes

Titular	Día	Mes	Año
Cónyuge	Día	Mes	Año
Hijo(s)	Día	Mes	Año
	Día	Mes	Año
	Día	Mes	Año
Padre	Día	Mes	Año
Madre	Día	Mes	Año
Hermano(s)	Día	Mes	Año
	Día	Mes	Año

Teléfono

Ext.:

Domicilio

Calle y número	Colonia
----------------	---------

Ciudad / Estado

C.P.

Beneficiarios

Titular

Cónyuge

Hijo(s)

Padre

Madre

Hermano(a)

Hermano(a)

Declaro que mi estado de salud es bueno y que no tengo conocimiento de ningún padecimiento o enfermedad que ponga en riesgo mi vida; así mismo, que los datos proporcionados en el presente consentimiento son ciertos y aportados bajo mi responsabilidad, para todos los efectos.

Firmado en:

a de de

Firma del titular

Firma del cónyuge

Firma de los hijos (representante)

Firma del padre

Firma de la madre

Firma del (los) hermano (s)