BMI DEL ECUADOR COMPAÑIA DE SEGUROS DE VIDA S.A.

SEGURO COLECTIVO DE VIDA
FORMULARIO PARA DECLARACIÓN DE BENEFICIARIOS

CONTRATANTE:

DATOS DEL ASEGURADO:

A) NOMBRES COMPLETOS: _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____

B) CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

C) CIUDAD: _____

D) FECHA DE NACIMIENTO: _____

E) ESTADO CIVIL: _____

F) SEXO: M ____ F ____ FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: _____ SUELDO BÁSICO MES: _____

BENEFICIARIOS PARA EL SEGURO DE VIDA

APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO	PORCENTAJE

EL CONTRATANTE

EL ASEGURADO

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 mediante Resolución No. SBS-INSP-2005-188 del 10 de Mayo del 2005