

Solicitud de Seguro de Vida Sepelio Familiar
Código SBS N° VI2028000110
Adecuado a la Ley N° 29946 y sus normas reglamentarias

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Tipo Doc. Identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro		N° Doc. Identidad:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de Nacimiento: Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):		N° / Mz / Lt:		Dpto / Of. / Int.:		Distrito:	
Departamento:		Teléfono Fijo:		Celular:		Correo electrónico:	
Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>						Ocupación	
N° de hijos asegurados:							

DATOS DE LOS HIJOS ASEGURADOS

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento	Nro. Documento

DATOS PERSONALES DEL ASEGURADO

Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Tipo Doc. Identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro		N° Doc. Identidad:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de Nacimiento: Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):		N° / Mz / Lt:		Dpto / Of. / Int.:		Distrito:	
Departamento:		Teléfono Fijo:		Celular:		Correo electrónico:	
Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>						Ocupación	
N° de hijos asegurados:							

DATOS PERSONALES DEL CONYUGE

Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Tipo Doc. Identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro		N° Doc. Identidad:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de Nacimiento: Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

DATOS PERSONALES DEL CONTRATANTE (sólo si es distinto al Asegurado)

Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Tipo Doc. Identidad: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> Otro		N° Doc. Identidad:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de Nacimiento: Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes <input type="text"/> <input type="text"/> Año <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dirección (Ca. / Av. / Jr. / Pj.):		N° / Mz / Lt:		Dpto / Of. / Int.:		Distrito:	
Departamento:		Teléfono Fijo:		Celular:		Correo electrónico:	
Estado Civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/>						Ocupación	
Relación del Asegurado con el Contratante:							

