

Solicitud de Inclusión Póliza Colectiva Seguro de Vida

Enviar esta boleta al Fax: (506) 552-5872

Solicito mi inclusión a la Póliza Colectiva Seguro de Vida del Banco Crédito Agrícola de Cartago.

MONTO:

- | | | | |
|----|--------------------------|--------------|----------------|
| a. | <input type="checkbox"/> | ¢1 Millón | ¢400 colones |
| b. | <input type="checkbox"/> | ¢4 Millones | ¢1.600 colones |
| c. | <input type="checkbox"/> | ¢7 Millones | ¢2.800 colones |
| d. | <input type="checkbox"/> | ¢10 Millones | ¢4.000 colones |

Datos del Tarjetahabiente:

NOMBRE:		
FECHA DE NACIMIENTO:		
NÚMERO DE TARJETA:		VENCIMIENTO:

Beneficiarios:

1. NOMBRE:		
CÉDULA:		
PARENTESCO:		
PORCENTAJE:		

2. NOMBRE:		
CÉDULA:		
PARENTESCO:		
PORCENTAJE:		

3. NOMBRE:		
CÉDULA:		
PARENTESCO:		
PORCENTAJE:		

4. NOMBRE:		
CÉDULA:		
PARENTESCO:		
PORCENTAJE:		

FIRMA del Cliente: _____

CÉDULA: _____