



**SEGUROS  
DE VIDA DEL  
ESTADO S.A.**

NIT. 860.009.174-4

## Solicitud Individual de Seguro Declaración de Beneficiarios

Sucursal	Fecha de Dilligenciamiento
----------	----------------------------

Póliza No. \_\_\_\_\_ Vigencia: Desde \_\_\_\_\_ Hasta \_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos		Cédula	Cargo en la Compañía	
Dirección Casa	Correo Electrónico		Teléfono	Ciudad

### **BENEFICIARIOS**

NOMBRES	APELLIDOS	PARENTESCO	PORCENTAJE

En su defecto, se considerarán beneficiarios los de Ley.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO  
C.C. No.

Huella  
Indice  
Derecho

