

LISTA DE ASEGURADOS
SEGURO DE VISIÓN COLECTIVO A
LIDERAZGO

DATOS DEL CONTRATANTE

Domicilio:

RFC: Tel:
Fax:

DATOS DE LA PÓLIZA

No. Póliza :

Fecha de Emisión:

Vigencia de la Póliza

Inicio: Fin:

Moneda: Forma de Pago:

DATOS DE LOS ASEGURADOS

No. de Empleado	Nombre del Asegurado	Parentesco	Plan	Costo por Asegurado	Fecha de Alta