

**LISTA DE ASEGURADOS
SEGURO COLECTIVO DE GASTOS
MÉDICOS POR URGENCIAS DENTALES**

DATOS DEL CONTRATANTE	
Domicilio:	
RFC:	
Plan:	

DATOS DE LA PÓLIZA	
No. Póliza :	
Fecha de Emisión:	
VIGENCIA	
Inicio:	Fin:
Moneda:	Forma de Pago:
Pesos	Anual

DATOS DE LOS ASEGURADOS				
No. de Empleado	Nombre del Asegurado	Parentesco	Costo por Asegurado	Fecha de Alta
Total de Asegurados		Total	\$0.00	