LISTA DE ASEGURADOS

GASTOS MÉDICOS DENTAL 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

Insurgentes Sur 1458, pisos 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez, C.P. 03230, Ciudad de México.
Ciudad de México e Interior de la República : 55 5002 3102 **Correo electrónico : segurodental @dentegramx .com**
Página web: dentegra.com.mx