# 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 |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**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**