



## Póliza Colectiva de Vida

Nombre del asociado(a): \_\_\_\_\_,

Fecha: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ Centro de trabajo: \_\_\_\_\_

Cobertura	Monto mensual a deducir	Incluir	Excluir
¢ 5.000.000,00	¢2.571,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¢10.000.000,00	¢5.141,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del beneficiario	Cédula	Parentesco	Porcentaje %

Autorizo a ASADEM para que tramite por medio de deducción al salario que recibo de ☐ CSU, ☐ CCA, ☐ WMGS, ☐ GSS, o cualquier otra empresa a fin a Walmart CR, la suma correspondiente al producto escogido.

Firma Asociado(a): \_\_\_\_\_

**CONTACT CENTER.: 2528-0700 - [www.asadem.com](http://www.asadem.com)**