



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	_____	_____
₡10.000.000,00	₡5.141,00	_____	_____

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