

ACTUALIZACION DE DATOS DE CARGA FAMILIAR

FECHA		
D	M	A

DEPENDENCIA: _____

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR	
APELLIDOS Y NOMBRES _____	
C.I. _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____
SEXO: M ___ F ___	NACIONALIDAD _____ ESTADO CIVIL: S ___ C ___ D ___ V ___ CONCB. ___
PESO: _____	ESTATURA: _____ EDAD: _____
FECHA DE INGRESO: _____ TELEFONO _____	
DIRECCIÓN DE HABITACION: _____	
TELEFONO HAB: _____	
UBICACIÓN ADMINISTRATIVA _____ UBICACIÓN FISICA: _____	
PROFESIÓN: _____	CARGO: _____ CÓDIGO: _____
CONDICION DEL TRABAJADOR FIJO: _____	CONTRATADO: _____ OTROS: _____

DATOS DEL PERSONAL A INCLUIR EN EL SEGURO					
APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	Nº DE C.I.	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD

DOCUMENTOS QUE DEBEN CONSIGNARSE A ESTA SOLICITUD

- 1.- ORIGINAL Y COPIA DE ACTA DE MATRIMONIO O LEGALIZACIÓN DE CONCUBINATO DEL TRABAJADOR.
- 2.- ORIGINAL Y COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL TRABAJADOR Y FAMILIARES
- 3.- FOTOCOPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL TRABAJADOR Y DE FAMILIARES.
- 4.- CARTA DE SOLTERIA DE LOS HIJOS EN CASO DE MAYORES DE 18 AÑOS, Y HASTA 25 AÑOS.
- 5.- TALON DE PAGO ACTUALIZADO

FIRMA DEL TRABAJADOR LUGAR Y FECHA _____ FIRMA: _____	VALIDADO POR OFICINA DE PERSONAL DE LA DEPENDENCIA FIRMA: _____ SELLO	ÁREA DE BIENESTAR SOCIAL FIRMA: _____ SELLO
----------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------