



**NOMINA DE PERSONAS A INCLUIR
RAMO VIDA COLECTIVO**



POLIZA	VIGENCIA DESDE			VIGENCIA HASTA			NOMBRE TOMADOR	DNI/CUIT	SELLO DE ENTRADA U. DE NEG.
ORGANIZADOR NRO.	PRODUCTOR NRO.	VENDEDOR NRO.	PARTICIPANTE NRO.						

Nº DE ORDEN	APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y Nº DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE INGRESO	SUELDO O SUMA ASEGURADA	GOZA DE BUENA SALUD	DOMICILIO	BENEFICIARIO		FIRMA DEL ASEGURABLE
								APELLIDO Y NOMBRE	TIPO Y NºDOC	

CERTIFICO QUE LOS DATOS DE LOS SOLICITANTES DETALLADOS ANTERIORMENTE SON LOS REALES, GOZANDO DE BUENA SALUD.

EN CONCEPTO DE DECLARACIÓN JURADA INFORMO QUE LAS PERSONAS DECLARADAS SE ENCUENTRAN EN SERVICIO ACTIVO PLENO, CONCURRIENDO A SU LUGAR DE TRABAJO EN FORMA NORMAL Y HABITUAL, SIN USO DE LICENCIAS POR ENFERMEDAD Y DE LARGO TRATAMIENTO. DESCONOCIENDO SI ALGUNO DE LOS ASEGURABLES SE ENCUENTRA BAJO ALGÚN TRATAMIENTO MÉDICO.

OBSERVACIONES:

.....

.....

LUGAR Y FECHA: FIRMA DEL TOMADOR
-----------------------------	-----------------------------------

