

SERVICIO/DIVISIÓN _____ NRO. CARGO _____ CARGO: TÉCNICO
 ADMINISTRATIVO
 OPERARIO
 DOCENTE

PRIMER NOMBRE _____ SEGUNDO NOMBRE _____

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____

CÉDULA DE IDENTIDAD _____ FECHA DE NACIMIENTO / /

DIRECCIÓN _____

ESTADO CIVIL _____ EMAIL _____

TELÉFONO/CELULAR _____ FECHA DE INGRESO A UDELAR / /

Seguro Vida Agrupamiento contratado por UDELAR para sus funcionarios: Capital \$ 42.000 Contrato 2430

Indique si desea contratar un capital adicional de Seguro Vida Agrupamiento

SI NO

Si su respuesta es "SI", marque el capital a contratar:

- \$ 221.000 Costo Mensual \$ 382
- \$ 311.000 Costo Mensual \$ 537
- \$ 434.000 Costo Mensual \$ 749
- \$ 548.000 Costo Mensual \$ 946

Designo como beneficiario(s) e mi(s) contrato(s) de seguro de vida a (indicar parentesco):

FIRMA SOLICITANTE _____ FECHA / /

Favor completar y firmar el formulario de seguro e vida agrupamiento que se adjunta