

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