

SEGURO DE HOSPITALIZACIÓN, CIRUGÍA Y MATERNIDAD (H.C.M.) E INDEMNIZACIÓN DE VIDA

TIPO DE SOLICITUD

INCLUSIÓN

EXCLUSIÓN

INDEMNIZACIÓN

PERSONAL

DOCENTE:

ADMINISTRATIVO:

OBRERO:

ACTIVO

CONTRATADO

PENSIONADO

JUBILADO

SOBREVIVIENTE

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellidos y Nombres:

Fecha de Solicitud

Día:

Mes:

Año:

C.I. Nro:

Fecha de
Nacimiento:

DEDICACION

Cargo:

Vicerrectorado:

N° Teléfono:

DATOS DEL CónyUGE

Apellidos y Nombres:

C.I. Nro:

Cargo:

Institución donde labora:

N° Teléfono:

DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Apellido y Nombre	C.I.	Fecha de Nacimiento	Sexo	Parentesco	Indemnización %

Firma
Trabajador

Firma y Sello
Coordinación de Bienestar