

SERVICIO/DIVISIÓN \_\_\_\_\_ NRO. CARGO \_\_\_\_\_ CARGO: TÉCNICO   
 ADMINISTRATIVO   
 OPERARIO

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 \$ 38.000 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:

- \$ 194.000 Costo Mensual \$ 282
- \$ 273.000 Costo Mensual \$ 397
- \$ 381.000 Costo Mensual \$ 555
- \$ 481.000 Costo Mensual \$ 700

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

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

FIRMA SOLICITANTE \_\_\_\_\_ FECHA / /

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