

**COLEGIO DE PROFESIONALES EN CIENCIAS AGRÍCOLAS DE  
HONDURAS (COLPROCAH)**

Apartado Postal 1969, Tegucigalpa, M.D.C.

Tel: 237-7784, 237-0847 Telefax: 237-6928

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**



No. \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ No. TARJETA IDENT. \_\_\_\_\_

**1.- EDUCACIÓN POST GRADO: (Doctorados y Maestrías)**

Título Obtenido: \_\_\_\_\_

Centro Educativo donde obtuvo su Título: \_\_\_\_\_

Año de Graduación: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

**2.- EDUCACIÓN UNIVERSITARIA: (Ing. Agrónomo, Licenciados, BSA y afines)**

Título Obtenido: \_\_\_\_\_

Centro Educativo donde obtuvo su Título: \_\_\_\_\_

Año de Graduación: \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

**3.- EDUCACIÓN SUPERIOR: (Agrónomos y afines)**

Título Obtenido: \_\_\_\_\_

Centro Educativo donde obtuvo su Título: \_\_\_\_\_

Año de Graduación: \_\_\_\_\_

**4.- EDUCACIÓN SECUNDARIA: (Peritos Agrícolas, Bachilleres Agrícolas, Técnicos Agrícolas y afines)**

Título Obtenido: \_\_\_\_\_

Centro Educativo donde obtuvo su Título: \_\_\_\_\_

Año de Graduación: \_\_\_\_\_

**TIPO DE EMPRESA O INSTITUCIÓN DONDE TRABAJA (MARQUE CON UNA X)**

EMPRESA PROPIA \_\_\_\_\_ EMPRESA PRIVADA \_\_\_\_\_ INSTITUCIONES DE GOBIERNO \_\_\_\_\_

ORGANISMO INTERNACIONAL \_\_\_\_\_ INSTITUCIÓN EDUCATIVA \_\_\_\_\_

ORGANIZACIÓN PRIVADA DE DESARROLLO \_\_\_\_\_ OTRAS \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN \_\_\_\_\_ EMPRESAS \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN O EMPRESA DONDE TRABAJA \_\_\_\_\_

CARGO QUE DESEMPEÑA: \_\_\_\_\_

TELEFONOS DE OFICINA \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ E.MAIL \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN EXACTA DE SU RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

TELEFONO RESIDENCIA: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_ E.MAIL \_\_\_\_\_

AL SER INSCRITO EN EL COLPROCAH, ME COMPROMETO A CUMPLIR CON LA LEY ORGANICA Y REGLAMENTOS DEL COLEGIO Y AUTORIZO EN FORMA IRREVOCABLE A LA INSTITUCIÓN O EMPRESA DONDE TRABAJE PARA QUE DE MI SUELDO SE HAGAN MENSUALMENTE LAS DEDUCCIONES POR PLANILLA QUE CORRESPONDAN, PARA CUMPLIR CON LAS OBLIGACIONES ECONOMICAS EN EL COLPROCAH.

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

NOTA: ADJUNTAR CON ESTE FORMULARIO: 2 COPIAS DE CADA UNO DE LOS TÍTULOS PROFESIONALES (PRESENTAR ORIGINALES), 2 COPIAS DE CURRICULUM VITAE, 2 FOTOGRAFÍAS TAMAÑO CARNET, 2 COPIAS DE LA PARTIDA DE NACIMIENTO, 2 COPIAS DE LA TARJETA DE IDENTIDAD Y CHEQUE POR Lps. 160.00 A NOMBRE DEL COLPROCAH COMO PAGO DE INSCRIPCIÓN AL COLEGIO.

**PARA USO DE LA JUNTA DIRECTIVA NACIONAL DEL COLPROCAH**

FECHA RECIBIDO: \_\_\_\_\_ FECHA INSCRIPCIÓN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE COLPROCAH

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO COLPROCAH

**COLEGIO DE PROFESIONALES EN CIENCIAS AGRÍCOLAS DE HONDURAS  
(COLPROCAH)**

Apartado Postal 1969, Tegucigalpa, M.D.C.  
Tel: 237-7784, 237-0847 Telefax: 237-6928

**FONDO DE AYUDA MUTUA  
Declaración de Salud**

YO \_\_\_\_\_ COL. \_\_\_\_\_

En relación con la solicitud que presento, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado del Fondo de Ayuda Mutua (FAM), y para los efectos correspondientes proporciono los datos siguientes:

a) Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

b) Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Ciudad País

c) Domicilio \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Calle o Av. No. Ciudad

d) Profesión u Ocupación \_\_\_\_\_

e) Lugar de Trabajo \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_  
Dirección de trabajo \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

f) Adolece de alguna enfermedad, incapacidad permanente o temporal SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SI SU RESPUESTA ES (SI) ESPECIFIQUE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

g) Adjunto a esta Declaración, la Certificación Médica que incluye resultados de exámenes Físicos, Clínicos y del VIH (SI) \_\_\_\_\_ (NO) \_\_\_\_\_

h) Adjunto a esta Declaración, la Certificación Médica que incluye resultados de exámenes Físicos, Clínicos, VIH, Radiografías, Electrocardiograma, etc. (SI) \_\_\_\_\_ (NO) \_\_\_\_\_

Declaro que los datos que anteceden son verdaderos y completos sometiéndome a las investigaciones que el Colegio realice al efecto, y acepto que sirvan de base para la inscripción solicitada. En caso de no presentar las pruebas de asegurabilidad establecidas en el Artículo # 49 del Reglamento del FAM, exonero de cualquier responsabilidad al Colegio.

Tegucigalpa, M.D.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ASEGURADO

**COLEGIO DE PROFESIONALES EN CIENCIAS AGRÍCOLAS DE HONDURAS  
(COLPROCAH)**

Apartado Postal 1969, Tegucigalpa, M.D.C.  
Tel: 237-7784, 237-0847 Telefax: 237-6928

**FONDO DE AYUDA MUTUA  
Designación Beneficiarios**

Yo \_\_\_\_\_ Col. No. \_\_\_\_\_

Profesión \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Nacionalidad \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Identidad No. \_\_\_\_\_

Fecha de Colegiación \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel: Residencia \_\_\_\_\_

Fecha de Ingreso al FAM \_\_\_\_\_

Declaro como beneficiarios a las siguientes personas:

	<b>BENEFICIARIO</b>	<b>PARENTESCO</b>
1)	_____	_____
2)	_____	_____
3)	_____	_____
4)	_____	_____
5)	_____	_____
6)	_____	_____
7)	_____	_____
8)	_____	_____

**OBSERVACIONES:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tegucigalpa, M.D.C. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA**

**COLEGIO DE PROFESIONALES EN CIENCIAS AGRÍCOLAS DE HONDURAS  
(COLPROCAH)**

Apartado Postal 1969, Tegucigalpa, M.D.C.

Tel: 237-7784, 237-0847 Telefax: 237-6928

**DECLARACIONES COMPLEMENTARIAS DE SALUD  
(SEGURO SIN EXAMEN MEDICO)**

**SEGURO DE VIDA COLPROCAH**

**INTERROGATORIO**

- 1) Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_ Col. No. \_\_\_\_\_  
(Nombre – Apellidos)
- 2) Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_
- 3) Ocupación Actual \_\_\_\_\_  
Tiempo que tiene de ejercerla \_\_\_\_\_
- 4) ¿Ha variado su peso durante el último año? \_\_\_\_\_  
Lbs. Que ha aumentado \_\_\_\_\_
- 5) ¿Ingiere bebidas alcoholicas? \_\_\_\_\_  
Clase \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_
- 6) ¿Ha hablado en su familia casos de enfermedades como:  
a) Diabetes b) Cáncer c) Epilepsia d) Demencia e) Infarto f) Otros
- 7) ¿Qué deporte practica? \_\_\_\_\_

1.1.- HISTORIA FAMILIAR				
VIVIENTES			DIFUNTOS	
PARENTESCO	EDAD	ESTADO DE SALUD (SI NO ES BUENA DETALLE)	EDAD A SU MUERTE	CAUSA DE MUERTE
Padre				
Madre				
Esposo (a)				
Hijos				

**1.2.- ANTECEDENTES PATALOGICOS Y ENFERMEDADES ACTUALES**

- A.- ¿Padece actualmente alguna enfermedad? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Cual \_\_\_\_\_
- B.- ¿En los últimos 12 meses ha consultado con algún medico? \_\_\_\_\_  
¿Por qué cuasa? \_\_\_\_\_  
¿Cual es el nombre del medico que consulto? \_\_\_\_\_  
¿Cuál es su dirección \_\_\_\_\_

**C.- PADECE O HA PADECIDO DE:**

	SI	NO		SI	NO
¿Reumatismo?			¿ Enfermedades del Hígado?		
¿Angina de pecho?			¿ Enfermedades de la vesícula biliar?		
¿Infarto del Corazón?			¿Enfermedades de los riñones?		
¿Otra enfermedad del Corazón?			¿Enfermedades de la prostata?		
¿Enfermedades de la circulación?			¿Enfermedades de la vejiga?		
¿Tensión arterial alta?			¿Diabetes?		
¿Bronquitis crónica?			¿Tumor?		
¿Asma?			¿Perdida del conocimiento?		
¿Tuberculosis?			¿Ataques?		
¿Úlcera del estomago?			¿Chancro?		
¿Úlcera del duodeno?			¿Otras enfermedades?		
¿Trastornos de la digestión?			¿Intervenciones quirúrgicas?		

¿Intervenciones quirúrgicas pendientes?

D.- ¿Ha estado interno en algún hospital o sanatorio? (SI) \_\_\_\_\_ (NO) \_\_\_\_\_  
 ¿Se le han hecho estudios con Rayos X? \_\_\_\_\_ Fechas \_\_\_\_\_  
 ¿Se le han hecho electrocardiogramas? \_\_\_\_\_ Fechas \_\_\_\_\_

**E.- EN CASO DE SER MUJER SE CONTESTARA ADEMÁS:**

	SI	NO		SI	NO
¿Esta Embarazada?			¿Enfermedades de los pechos?		
¿Abortos?			¿Enfermedades de la matriz?		
¿Partos prematuros?			¿Enfermedades de los ovarios?		

1.3.- De amplios detalles sobre el diagnostico, la fecha, el numero de ataques, las secuelas, las terapéuticas seguidas, el nombre y dirección del medico o del cirujano tratante, etc.

1.3 A.- \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Peso actual Lbs. \_\_\_\_\_

1.4.- Nombre del medico que se acostumbra consultar \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_

**HAGO CONSTAR:** Que las contestaciones y datos que anteceden son correctos y completos. Estoy de acuerdo en que formen parte de mi solicitud para el Seguro de vida.

**AUTORIZO:** Por este medio a los Médicos u Hospitales que me ha atendido en la recuperación de mi salud, para que suministren al COLPROCAH, las informaciones que esta requiera en relación al Seguro que solicito, relevándolos de cualquier prohibición legal que exista sobre revelación de los datos de sus registros con respecto a mi persona. Queda entendido y convenido que una copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva y valida como el original.- Así mismo manifiesto que la falsedad de la información proporcionada libera al COLPROCAH de cualquier responsabilidad en la indemnización a que tengo derecho.

Tegucigalpa, M.D.C., \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

**DECLARACION DE SALUD – SEGURO COLECTIVO**

PARTE A – PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO SI SOLICITA SEGURO PARA SI MISMO									
Nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido					
1. Nombre				2. Dirección			Telefax Pol. No.		
Masculino		Femenino		Día --- Mes --- Año		Ciudad		Provincia	
3. Sexo			4. Fecha de Nacimiento			5. Lugar de Nacimiento			
6. Altura			Metros y centímetros			Lbs.		ID #	
7. Peso			8. Ocupación						
9. ¿Ha recibido Usted algún tratamiento o ha sido avisado que sufre de lo siguiente? (Conteste cada epígrafe "si" o "no" ( ))									
	Si	No		Si	No		Si	No	
Corazón			Pulmones			Sistema urinario			
Tumores			Diabetes			Desórdenes nerviosos			
Alta Tensión Arterial			Riñones			Estómago o intestinos			
Cáncer			Espalda o articulaciones			Hernia			
Conteste cada una de las siguientes preguntas 10 al 16 "Si" o "No" ( ) en el espacio correspondiente									
10. ¿Ha estado usted como paciente de un hospital o institución similar durante los tres últimos años?							Si	No	
11. ¿Ha sido examinado por o consultado algún médico durante los tres últimos años?									
12. ¿Se le ha aconsejado internarse en algún hospital u otra institución para diagnóstico o tratamiento pero Usted no lo hizo?									
13. ¿Se le ha aconsejado una operación quirúrgica o tratamiento pero usted no lo hizo?									
14. ¿Tiene conocimiento de algún defecto físico, deformidad o mala salud no cubiertos en los epígrafes 9 al 13?									
15. ¿Si es mujer ¿está embarazada?									
16. ¿Le ha sido alguna vez rechazada, aplazada, aceptada con recargo o modificada en modo alguno una solicitud Para obtener o para rehabilitar una póliza de seguro de vida, accidente o de salud?									
Si ha respondido "Si" a algunas de las preguntas 9 a la 16 arriba indicadas, explique los detalles a continuación.									
Indique el No. De la pregunta al contestar, Doctor que lo atendió y lugar, fecha aproximada y No. de Seguro Social y detalle del diagnostico									
Por medio de la presente declaro que todas las manifestaciones y respuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas y que son la base sobre lo que se solicita el seguro bajo la póliza, de seguro colectivo. Por la presente autorizo a cualquier médico o practicante y a cualquier sanatorio para que imparta a la ASEGURADORA HONDUREÑA S.A. cualquier información que solicite con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen, y hospitalización que yo haya recibido.									
Fecha	200	testigo	Firma del Empleado						
PARTE B – PARA SER COMPLETADA POR EL PATRONO									
				Si	No	Si contesta "Si" dé detalles y fechas			
¿El empleado desea aumentar su cobertura de seguro? ¿Cuanto esta solicitando según póliza?									
Del punto de vista de salud ¿Sabe usted algún motivo por el cual el empleado no deba asegurarse bajo su Plan de seguro Colectivo?									
¿Ha estado ausente el empleado de su trabajo debido a lesiones o enfermedad durante los últimos seis meses?									

**PARTE C – PARA SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO SI SOLICITA SEGURO PARA DEPENDIENTES**

1. ¿Quiénes son sus dependientes elegibles? (Si se necesita más espacio utilice un formulario adicional)					
Nombre completo	Parentesco con usted	Fecha de Nacimiento	Altura	Peso	Para uso de la Compañía de seguros solamente

2. Dirección de sus dependientes

3. Cualquiera de las personas indicadas:  
 a. ¿Ha recibido algún tratamiento para o ha sido avisado que sufre de lo siguiente? (Conteste cada epígrafe "si" o "no")

¿Corazón?	¿Pulmones?	¿Sistema urinario?	¿Tumores)	¿Diabetes?	¿Desordenes nerviosos?
¿Alta tensión? arterial?	¿Riñones?	¿Estomago o intestino?	¿Cáncer?	¿Espalda o Articulaciones?	¿Hernia?

- b. ¿Ha estado como paciente en un hospital o institución durante los tres últimos años? -----
  - c. ¿Ha sido examinado por o consultado algún medico durante los tres últimos años? -----
  - d. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital u otra institución para diagnósticos.....
  - e. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital u otra institución para diagnósticos reposo o tratamiento, pero no lo hizo?.....
  - f. ¿Tiene conocimiento de algún defecto físico, deformidad o mala salud no cubiertos en los epígrafes 3(a) a 3 (3)?..
4. ¿Cuáles son los detalles completos de todas las respuestas afirmativas a los epígrafes 3 (a) a 3 (f)?

Nombre del Dependiente	Pregunta Numero	Condiciones, detalles y números de ataques (si fue operado especifícuelo)	Duración de la incapacidad	Fecha de Recuperación Total Mes Año	Nombre y Direcciones de Médicos y Hospitales

Por medio de la presente declaro que todas las manifestaciones y repuestas a las preguntas anteriores son completas y verídicas y que son la base sobre lo que se solicita el seguro bajo Póliza Colectiva.

Por la presente autorizo a cualquier medico o practicante o a cualquier Hospital o Sanatorio para que de a la ASEGURADORA HONDUREÑA. S.A., cualquier información que solicite sobre cualquier miembro de mi familia con referencia a cualquier tratamiento examen. Dictamen u hospitalización.

Fecha.....200..... Testigo..... Firma del Empleado.....

OBSERVACIONES



**Aseguradora  
Hondureña, S.A.**  
*Siempre con usted*

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SEGURO COLECTIVO DE VIDA

De acuerdo con las condiciones de la Póliza Colectiva de Vida No. \_\_\_\_\_, expedida a nombre de \_\_\_\_\_

solicit \_\_\_\_\_ inscribir como Asegurado a \_\_\_\_\_ Identidad \_\_\_\_\_  
quien ingreso el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_ con carácter  
de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ y con reenumeración de L. \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

**La suma Asegurada** correspondiente será de L. \_\_\_\_\_ calculada conforme lo establecido en la  
Cláusula **DECIMA SÉPTIMA** de las condiciones Generales de la Póliza.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 200 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**EL CONTRATANTE**

### CONSENTIMIENTO

En relación con la solicitud que antecede, manifiesto mi conformidad para ser inscrito como Asegurado y,  
para los efectos correspondientes, proporciono los datos a que se refiere el siguiente:

### CUESTIONARIO

Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ años.

Residencia \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Estado Civil \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Metros Peso \_\_\_\_\_ Libras.

Designo beneficiario (s) del Seguro a:

Nombre	Parentesco	Dirección	Distribución

CESIONARIO

### ANTECEDENTES DE SALUD

¿Padece o ha padecido de enfermedades o lesiones importantes?

¿Ha estado en tratamiento u observación con algún Medico, Hospital o Clínica \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. Si la respuesta para alguna de las dos preguntas que anteceden es afirmativa, indíquese la  
enfermedad, lesión o tratamiento y el nombre del Medico que lo atendió \_\_\_\_\_

Declaro que los datos que anteceden son verdaderos y completos, y acepto que sirvan de base para la  
inscripción solicitada.

Autorizo a todo Medico u Hospital que me haya atendido en la recuperación de mi salud para suministrar a  
**ASEGURADORA HONDUREÑA, S.A.**, los informes que requiere en relación con este seguro, relevándolos  
de cualquier prohibición que exista sobre revelación de datos de los registros respectos a mi persona. Una  
copia fotostática de esta autorización deberá ser considerada tan efectiva como el original.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**ASEGURADO**

### AUTORIZACIÓN ESPECIAL PARA MENORES DE EDAD

Como representante legal autorizo que la persona que ha formulado el cuestionario arriba citado sea incluido en la  
Póliza de Seguro Colectivo que se ha mencionado.





**aseguradora  
hondureña, S.A.**

*Siempre con usted*

**TARJETA DE INSCRIPCION  
PARA PLANES COLECTIVOS**

<b>PARA USU DE AHSA</b>	
<b>CATEGORÍA</b>	
<b>CERT. NO.</b>	

ESTE LADO PARA COMPLETARSE POR EL EMPLEADO

SUMA ASEGURADA

**SEXO**

**M**

**F**

**NOMBRE COMPLETO** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_\_\_

TARJETA DE IDENTIDAD# \_\_\_\_\_ LUGAR \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ MES \_\_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_\_

DIRECCION PARTICULAR \_\_\_\_\_ PAIS \_\_\_\_\_

**DIRECCION PARTICULAR** \_\_\_\_\_

**BENEFICIARIOS (S) - PARENTESCO** %


**TUTOR**

**BENEFICIARIOS (S) - PARENTESCO** %


Dirección del Beneficiario de la del Asegurado

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco con el Asegurado \_\_\_\_\_

En caso de que sea (n) designado (s) como beneficiario (s), menores de edad deberá estipular o designar el asegurado, una persona mayor de edad que actuara como tutor y fideicomisario de dicho (s) beneficiario (s) y del monto del seguro en caso de fallecimiento del asegurado durante y hasta la minoría de edad de dicho (s) beneficiario (s). En caso de que el asegurado designe dos o mas beneficiarios deberá estipular el monto de seguro que desea que reciba cada beneficiario. Esto podrá ser indicado a base de porcentajes o cualquier otra frase explicativa al respecto.

Quiero inscribirme en los planes colectivos indicados arriba para los cuales soy o seré elegible. Convengo, si me admite, en la deducción de las contribuciones apropiadas de mi sueldo y, si requerido, en proveer evidencia de mi edad y salud.

Firma (del nuevo entrante) \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**ESCRIBA ABAJO NOMBRE (S) DE HIJOS SOLTEROS CON MENOS DE 19 AÑOS, EN EL CSO DE HIJOS ENTRE 19 Y 23 DE EDAD DEBERAN ADJUNTAR CONTANCIA DE ESTUDIO.**

**DEPENDIENTES ELIGIBLES PARA ASEGURARSE – ESPOSA SI  NO  HIJOS NO. \_\_\_\_\_**

NOMBRE	FECHA DE NAC.	NOMBRE	FECHA DE NAC.

ESTA SECCION PARA COMPLETARSE EL PATRONO

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA  
UNION O ASOCIACIÓN \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE  
EL EMPLEADO SE  
INCLUYE EN EL PLAN

NOMBRE DEL NUEVO ENTRANTE \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE EL  
EMPLEADO ENTRO AL  
SERVICIO DE LA COMPAÑÍA

DIA	MES	AÑO

SALARIO \_\_\_\_\_ POR MES

DIA	MES	AÑO

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

(Describir lo mas completamente posible)

VERIFICADO Y  
FIRMADO EN  
NOMBRE DE LA CIA. \_\_\_\_\_

FIRMA