FORMULARIO DE ALTA DEL BENEFICIARIO EN EL SEGURO DE ACCIDENTES PERSONALES

(Ordenanza Nº 59/2013- Rector y Circular 22/2016- Rectorado)

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido |  |
| Nombres |  |
| Documento | TIPO: | NRO: |
| CUIL | PREFIJO: | Nº: | DIGITO VERIF: |
| Fecha de Nacimiento | DÍA: | MES: | AÑO: | LUGAR DE NACIMIENTO: |
| Nacionalidad |  | SEXO (F o M): |
| Estado Civil |  |
| Unidad Académica en la que cursa |  |
| Carrera |  |
| Nº de registro |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Domicilio | Nombre calle: | Nombre barrio: |
| Nro: | M: | Casa: | Torre: | Piso: | Depto: |
| Localidad |  | Código postal: |
| Provincia |  |
| Teléfono (colocar prefijo) | Fijo: | Celular: |
| En caso de emergencia | Contacto: | Teléfono: |

OTROS DATOS PERSONALES

|  |  |
| --- | --- |
| E-mail |  |
| Grupo sanguíneo |  | ALÉRGICO A (SI o NO): *Si la respuesta es “SI” ¿a qué?* |
| Toma medicación permanente | *¿SI o NO?* | *¿CUAL?* |

Mendoza, …..de………………………de 201…