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…