



SiReLyF
SINDICATO REGIONAL
DE LUZ Y FUERZA

FORM
A6

**SEGURO DE VIDA
TALÓN DE ADHESIÓN**

PÁG. 1 ORIGINAL

FECHA / /

www.sirelyf.org

SECCIONAL / SUBSECCIONAL.....

DATOS DEL SOLICITANTE N° DE AFILIADO.....SECCIONAL/ SUBSECCIONAL.....

APELLIDO.....NOMBRES..... TIPO Y N° DE DOCUMENTO.....

BENEFICARIO/S DEL SEGURO DEL AFILIADO/A (1)

APELLIDO Y NOMBRES TIPO Y N° DE DOCUMENTO.....

LUGAR

OPCIONAL (SI DESEA ADHERIR OTRO SEGURO PARA SU CÓNYUGE/CONVIVIENTE)

DESEO ADHERIR OTRO SEGURO DE VIDA PARA MI CONYUGE SI - NO (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

APELLIDO Y NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO TIPO Y N° DE DOCUMENTO

BENEFICARIO/S DEL SEGURO DE MI CONYUGE/CONVIVIENTE: (1)

APELLIDO Y NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO TIPO Y N° DE DOCUMENTO

**(1) ACOMPAÑAR FOTOCOPIA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

INFORMACIÓN GENERAL

Aseguradora:
FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

Riesgos Cubiertos:
Muerte por enfermedad/accidente

Edad Límite de ingreso:
Hasta 64 años

Declaro que los datos proporcionados son reales y los documentos adjuntos en fotocopia, son copia fiel del original .

FIRMA AFILIADO

ACLARACIÓN

Declaro que la/s firma/s que antecede/n ha/n sido realizada/s ante mi presencia y los documentos adjuntos en fotocopia, son copia fiel del original y fueron verificados por mí.

FIRMA SECRETARIO
SECCIONAL/ SUBSECCIONAL

ACLARACIÓN



SiReLyF
SINDICATO REGIONAL
DE LUZ Y FUERZA

FORM
A6

**SEGURO DE VIDA
TALÓN DE ADHESIÓN**

PÁG. 2 DUPLICADO

FECHA / /

www.sirelyf.org

SECCIONAL / SUBSECCIONAL.....

DATOS DEL SOLICITANTE N° DE AFILIADO.....SECCIONAL/ SUBSECCIONAL.....

APELLIDO.....NOMBRES..... TIPO Y N° DE DOCUMENTO.....

BENEFICARIO/S DEL SEGURO DEL AFILIADO/A (1)

APELLIDO Y NOMBRES TIPO Y N° DE DOCUMENTO.....

LUGAR

OPCIONAL (SI DESEA ADHERIR OTRO SEGURO PARA SU CÓNYUGE/CONVIVIENTE)

DESEO ADHERIR OTRO SEGURO DE VIDA PARA MI CONYUGE SI - NO (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

APELLIDO Y NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO TIPO Y N° DE DOCUMENTO

BENEFICARIO/S DEL SEGURO DE MI CONYUGE/CONVIVIENTE: (1)

APELLIDO Y NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO TIPO Y N° DE DOCUMENTO

**(1) ACOMPAÑAR FOTOCOPIA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

INFORMACIÓN GENERAL

Aseguradora:
FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

Riesgos Cubiertos:
Muerte por enfermedad/accidente

Edad Límite de ingreso:
Hasta 64 años

Declaro que los datos proporcionados son reales y los documentos adjuntos en fotocopia, son copia fiel del original .

FIRMA AFILIADO

ACLARACIÓN

Declaro que la/s firma/s que antecede/n ha/n sido realizada/s ante mi presencia y los documentos adjuntos en fotocopia, son copia fiel del original y fueron verificados por mí.

FIRMA SECRETARIO
SECCIONAL/ SUBSECCIONAL

ACLARACIÓN



SiReLyF
SINDICATO REGIONAL
DE LUZ Y FUERZA

FORM
A6

**SEGURO DE VIDA
TALÓN DE ADHESIÓN**

PÁG. 3 TRIPLICADO

FECHA / /

www.sirelyf.org

SECCIONAL / SUBSECCIONAL.....

DATOS DEL SOLICITANTE N° DE AFILIADO.....SECCIONAL/ SUBSECCIONAL.....

APELLIDO.....NOMBRES..... TIPO Y N° DE DOCUMENTO.....

BENEFICARIO/S DEL SEGURO DEL AFILIADO/A (1)

APELLIDO Y NOMBRES TIPO Y N° DE DOCUMENTO.....

LUGAR

OPCIONAL (SI DESEA ADHERIR OTRO SEGURO PARA SU CÓNYUGE/CONVIVIENTE)

DESEO ADHERIR OTRO SEGURO DE VIDA PARA MI CONYUGE SI - NO (TACHAR LO QUE NO CORRESPONDA)

APELLIDO Y NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO TIPO Y N° DE DOCUMENTO

BENEFICARIO/S DEL SEGURO DE MI CONYUGE/CONVIVIENTE: (1)

APELLIDO Y NOMBRES

FECHA DE NACIMIENTO TIPO Y N° DE DOCUMENTO

**(1) ACOMPAÑAR FOTOCOPIA
DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

INFORMACIÓN GENERAL

Aseguradora:
FEDERACION PATRONAL SEGUROS S.A.

Riesgos Cubiertos:
Muerte por enfermedad/accidente

Edad Límite de ingreso:
Hasta 64 años

Declaro que los datos proporcionados son reales y los documentos adjuntos en fotocopia, son copia fiel del original .

FIRMA AFILIADO

ACLARACIÓN

Declaro que la/s firma/s que antecede/n ha/n sido realizada/s ante mi presencia y los documentos adjuntos en fotocopia, son copia fiel del original y fueron verificados por mí.

FIRMA SECRETARIO
SECCIONAL/ SUBSECCIONAL

ACLARACIÓN