



Registro Seguro de Vida



Fecha:

Datos del Trabajador

Apellidos:	Nombres:	N° Cédula de Identidad:	N° de Personal
------------	----------	-------------------------	----------------

Beneficiarios Seguro de Vida

Apellidos y Nombres	N° Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Sexo	Parentesco (afinidad directa o indirecta)	Distribución Beneficio Seguro de Vida (%)

Notas Importantes:

1. Este formulario **Debe** ser llenado en **Letra Legible y Sin Enmiendas**.
2. **La Distribución Porcentual** que registre por Beneficiario **Debe Ser Sin Decimales** (ejemplo 8% 10%, 25%, etc...).
3. Recuerde que la suma total de la distribución (%) asignada para los beneficiarios no debe superar el 100%.
4. A la hora de consignar este formulario en el Departamento Beneficios **Debe anexar Copia de Documento Probatorio de la identificación del beneficiario (Cédula de Identidad o Partida de Nacimiento si es menor de 12 años)** que tiene afinidad directa o indirecta con el trabajador.

Elaborado (Trabajador Solicitante)	Procesado (Analista Personal o Especialista Beneficios)
Firma:	Nombre y Apellido:
Huella Dactilar	N° de Personal:
	Firma:
	Fecha: