

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE O EMPLEADOR



**INSTITUTO
DE SALTA**

SEGUROS DE VIDA

España N° 943 - Tel.: 0-800-888-7090
(A4400ANU) Salta - www.institutovida.com.ar

IMPORTANTE: La correcta y total cumplimentación del presente formulario, que deberá remitirse al **Instituto de Salta**, evitará consultas posteriores y acelerará la liquidación del siniestro.

El empleador / contratante se hará responsable de la exactitud de los datos y demás referencias que se consignan a continuación.

Empleador / contratante :

Domicilio:

Teléfono:

Apellido y nombre del Asegurado:

D.N.I. N°:

ANTECEDENTES

Cargo/Ocupación:

..... / /

Al servicio activo desde:

..... / /

Al servicio activo hasta:

..... / /

LICENCIA POR ENFERMEDAD

Tomadas por el Asegurado en los últimos 3 (tres) años

Desde	Hasta	Diagnóstico (indicar la patología que justifica cada una de las licencias)
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /
..... / / / /

.....
Firma autorizada y sello aclaratorio
del Empleador

Lugar y Fecha: