

24) TIENE SEGURO DE SALUD?

ESSALUD	<input type="checkbox"/>	1
SEGURO PRIVADO	<input type="checkbox"/>	2
SEGURO POLICIAL / MILITAR	<input type="checkbox"/>	3
AMBOS	<input type="checkbox"/>	4
NO TIENE	<input type="checkbox"/>	5

25) RÉGIMEN DE PENSIÓN?

SIST. NAC. PENSIONES	<input type="checkbox"/>	1
AFP	<input type="checkbox"/>	2
SISTEMA CAJA POLICIAL / MILITAR	<input type="checkbox"/>	3
NO TIENE	<input type="checkbox"/>	4
OTRO (ESPECIFICAR)	<input type="checkbox"/>	5

26) TIENE SEGURO DE VIDA?

SI	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	NACIONAL	1
			<input type="checkbox"/>	EXTRANJERO	2
NO	<input type="checkbox"/>	2			

27) ANTECEDENTES MÉDICOS : GRUPO SANGUÍNEO
 ENFERMEDADES INFECCIOSAS
 ALERGIAS

28) DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL CONYUGE: FECHA DE MATRIMONIO / /

HIJOS (Apellidos y Nombre)	EDAD
1)
2)
3)
4)

PADRES (APELLIDOS Y NOMBRES)

1)
2)

29) RECIBIÓ UD. ALGÚN BENEFICIO DEL FONDO MUTUAL? NO SI INDICAR

30) BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN DE SOBREVIVIENTE :

APELLIDOS Y NOMBRES

DOC. IDENTIDAD..... EDAD

31) POR LA PRESENTE AUTORIZO AL CAL A BRINDAR INFORMACIÓN A TERCERAS PERSONAS Y/O INSTITUCIONES SOBRE MI :

CENTRO DE TRABAJO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
ESTUDIO PROFESIONAL	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
CORREO ELECTRÓNICO	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
DIRECCIÓN DOMICILIARIA	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

32) CORREO ELECTRÓNICO:

SI TIENE USTED ALGUNA DISCAPACIDAD MARQUE CON X

QUE TIPO DE DISCAPACIDAD? VISUAL AUDICIÓN Y LENGUAJE FÍSICA (MOTRIZ) INTELECTUAL OTROS

CUENTA CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI NO

ESTÁ INSCRITO EN EL REGISTRO NACIONAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD- CONADIS? SI NO

INDICAR SITUACIÓN LABORAL: INDEPENDIENTE DEPENDIENTE JUBILADO NO EJERZO

INDIQUE SI UTILIZA AYUDAS BIOMECÁNICAS U OTRA AYUDA COMPENSATORIA

CONFORME A LA LEY N° 27444, DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON REALES Y ACTUALES, TENIENDO POR TANTO EL CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.

FIRMA DEL ABOGADO

MIRAFLORESDE.....DE.....