



24) TIENE SEGURO DE SALUD?

- ESSALUD  1
- SEGURO PRIVADO  2
- SEGURO POLICIAL / MILITAR  3
- AMBOS  4
- NO TIENE  5

25) RÉGIMEN DE PENSION?

- SIST. NAC. PENSIONES  1
- AFP  2
- SIST. CAJA POLICIAL/MILITAR  3
- NO TIENE  4
- OTRO (ESPECIFICAR)  5

26) TIENE SEGURO DE VIDA?



27) ANTECEDENTES MÉDICOS: GRUPO SANGUÍNEO.....

ALERGIAS.....

28) DATOS FAMILIARES

NOMBRE DEL CÓNYUGE..... FECHA DE MATRIMONIO...../...../.....

HIJOS (Apellidos y nombre) EDAD

- 1).....
- 2).....
- 3).....
- 4).....

PADRES (APELLIDOS Y NOMBRES)

- 1).....
- 2).....

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

30) BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN DE SOBREVIVIENTE:

APELLIDOS Y NOMBRES.....

DOC. IDENTIDAD..... EDAD.....

31) **AUTORIZO** AL CAL-SUR A BRINDAR INFORMACION A TERCERAS PERSONAS Y/O INSTITUCIONES SOBRE MÍ:

- |                        |    |                          |    |                          |
|------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|
| 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 ELECTRONICO:.....

**SI TIENE USTED ALGUNA DISCAPACIDAD MARQUE CON X**

¿QUÉ TIPO DE DISCAPACIDAD?  VISUAL  AUDICIÓN Y LENGUAJE  FÍSICA (MOTRIZ)  INTELECTUAL  OTRA

¿CUENTA CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD?  SI  NO

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

**DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON REALES Y ACTUALES, TENIENDO POR TANTO EL CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA.**

FIRMA DEL ABOGADO (A)

VILLA MARIA DEL TRIUNFO.....de.....de.....