

FECHA: dd/mm/aaaa

ROL:



SOLICITUD DE CERTIFICADO DE  
ADHESIÓN  
SECORA JUBILADO Y SECOAL

I. ANTECEDENTES DEL ADHERENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_

RUT: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

Nº ADHESIÓN: \_\_\_\_\_

MOTIVO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ADHERENTE

Deseo recibir mi certificado de cobertura en :

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_