

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: _____