



PLANILLA DE AMPLIACION DE SEGURO DE AMPARO FAMILIAR

DATOS DEL AFILIADO	Nombre:					
	Apellido:					
	Fecha de Nac.:					
	Legajo:					
	Tel. part.:		Tel. Cel.:		Tel. Trab.:	
	Domicilio:					
Datos de Esposa/o	Nombre:					
	Apellido:					
	Fecha de Nacimiento:					
HIJOS	NOMBRE Y APELLIDO		EDAD	FECHA NAC.	D.N.I	
PADRES	FAMILIARES A INGRESAR					
	Nombre y Apellido		Edad	Fecha. Nac	Dirección	DNI
Datos de Suegro/a	Nombre y Apellido		Edad	Fecha. Nac	Dirección	DNI

Autorizo al personal de APRAAT a realizar el descuento por recibo de haberes

Firma

Aclaración del Afiliado