

**DATOS DEL AFILIADO**

Legajo [ ] / [ ]

Apellido [ ]

Nombres [ ]

Domicilio Particular [ ]

Localidad [ ] CP [ ]

Partido [ ]

Lugar de Trabajo [ ]

Domicilio Laboral [ ]

Partido [ ] Localidad [ ]

Teléfono Laboral [ ] Celular [ ]

Correo Electrónico [ ]

**GRUPO FAMILIAR PRIMARIO**

Apellido y Nombre	DNI	Vinculo	Fecha de Nacimiento

**ADHERENTES**

Apellido y Nombre	DNI	Vinculo	Fecha de Nacimiento

Por la presente me adhiero al seguro de sepelio de la AEFIP CAPITAL, y doy fe que los datos presentados son correctos.

Contactos: [asuntossociales@aeqipcapital.org.ar](mailto:asuntossociales@aeqipcapital.org.ar)

-----  
Firma y Sello de AEFIP



Tte. Gral. Juan Domingo Perón 1485  
 prensa@aeqipcapital.org.ar  
 (5411) 4384 0013/14

-----  
Firma del Afiliado

-----  
Aclaración

-----  
DNI