



ALTA EN PÓLIZA COLECTIVA DE VIDACAIXA / ENROLLMENT IN VIDACAIXA INSURANCE PLAN

Rellenar más abajo la información relevante / Complete below the relevant information

DATOS PERSONALES DEL EMPLEADO / PERSONAL DETAILS OF THE EMPLOYEE

Nombre completo/ Full Name:	
Nombre preferido/ Preferred name:	
Dirección/Address:	
Sexo/Gender (F/M):	
Fecha de nacimiento / Date of birth:	
NIF/NIE/Passport:	

NOMBRE/ NAME: _____

FIRMADO / SIGNED: _____

FECHA / DATED: _____

TO BE COMPLETED BY THE COMPANY

Nombre de la entidad/Company name:	
Numero de Póliza/ Policy Number :	
Fecha de alta/Start date:	
Salario bruto anual/Gross annual salary:	