

CERTIFICADO DE INCLUSIÓN DE
TRABAJADOR
**SEGURO OBLIGATORIO DE
RIESGOS DEL TRABAJO**



DATOS DEL TOMADOR DEL SEGURO

Nombre:	
Número de póliza:	
Teléfono:	
Correo electrónico:	
Dirección:	

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre y apellidos:	
Tipo de identificación:	
Número de identificación:	
Fecha de nacimiento:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	
Salario:	
Ocupación:	
Sexo:	
Tipo de jornada:	
Días trabajados:	
Horas trabajadas:	
Fecha y hora de la inclusión:	

Nombre y firma del representante

Fecha