



**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:	