

DISTRIBUCION
 Original- Expediente Póliza
 Copia- Patrono Cedente
 Copia- Patrono Cesionario
 Copia- Formalización de Póliza

FSE-688
 JUN./93

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
CORPORACIÓN DEL FONDO DEL SEGURO DEL ESTADO
 Oficina Regional de _____ Año Fiscal _____

SOLICITUD DE CESION DE SEGURO OBRERO

<p>1.</p> <p style="text-align: center;">Nombre del Patrono (Cedente)</p> <p style="text-align: center;">Dirección</p> <p style="text-align: right;">Zip Code</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Número de Póliza</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Número Seguro Social Patronal</td> <td style="width: 34%;"></td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Número Seguro Social Personal</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Número Incorp.</td> <td style="border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">Fecha Incorporación</td> </tr> </table> <p>Indique Clase de Patrono:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Persona Natural <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Sucesión <input type="checkbox"/> Sociedad Especial <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Otros </p> <p>Tipo de Negocio (¿A qué se dedica?): _____</p>	Número de Póliza	Número Seguro Social Patronal					Número Seguro Social Personal	Número Incorp.	Fecha Incorporación
Número de Póliza	Número Seguro Social Patronal									
Número Seguro Social Personal	Número Incorp.	Fecha Incorporación								
<p>2.</p> <p style="text-align: center;">Nombre del Patrono (Cesionario)</p> <p style="text-align: center;">Dirección</p> <p style="text-align: right;">Zip Code</p>	<p>Número Seguro Social Personal: _____</p> <p>Indique Clase de Patrono:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Persona Natural <input type="checkbox"/> Sociedad <input type="checkbox"/> Sucesión <input type="checkbox"/> Sociedad Especial <input type="checkbox"/> Cooperativa <input type="checkbox"/> Corporación <input type="checkbox"/> Otros </p> <p>Tipo de Negocio (¿A qué se dedica?): _____</p> <p>¿Tiene o ha tenido póliza de seguro con esta Agencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Indique año, número de póliza) _____</p> <p>Nombre Comercial con que se conoce el Negocio: _____</p>									
<p>De tratarse de una Corporación, deberá indicar los nombres de los Oficiales Ejecutivos:</p> <p>Presidente: _____</p> <p>Vice-Presidente: _____</p> <p>Secretario: _____</p> <p>Tesorero: _____</p>	<p>De tratarse de una sociedad, deberá indicar nombre y sueldos de los miembros:</p>									

