



### **Detalle de Objetos Específicos (1)**

<b>Tipo de Equipo</b>	<b>Marca</b>	<b>Modelo</b>	<b>N° de Serie</b>	<b>Suma Asegurada \$</b>

### **Nomina de Personal ( 2 ) - Seguro de Accidentes Personales –**

<b>Apellido y Nombre</b>	<b>Tipo y N° Doc de Identidad</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>

Nota: El Personal a Asegurar que preste servicios al Consorcio no deberá tener relación de dependencia laboral en los términos de la Ley de Contrato de Trabajo;

**Lugar:**

**Fecha:**

**Firma:**

**Aclaración:**