



Solicitud de Afiliación (Código 400)

Seguro Complementario de Salud

IDENTIFICACIÓN DEL IMPONENTE			
NOMBRE DEL IMPONENTE			
N° CARNET MEDICINA CURATIVA		CÉDULA DE IDENTIDAD	
FECHA DE NACIMIENTO		CELULAR	
DOMICILIO PARTICULAR			
TELEFONO		CORREO ELECTRONICO	

IDENTIFICACION BENEFICIARIOS A INCLUIR: MARQUE CON UNA CRUZ LA ALTERNATIVA QUE CORRESPONDA.

IMPONENTE	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------

IMPONENTE Y TODAS LAS CARGAS FAMILIARES	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

SOLO CARGAS FAMILIARES QUE SE DETALLAN	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

PARA LA ACREDITACIÓN Y POSTERIOR CURSO DEL TRAMITE, SE REQUIERE ADJUNTAR EL SIGUIENTE ANTECEDENTE:

COPIA DE LA CÉDULA DE IDENTIDAD DEL IMPONENTE	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

NOTA IMPORTANTE
SI LOS DATOS Y ANTECEDENTES PERSONALES SOLICITADOS NO FUERAN COMPLETADOS CORRECTAMENTE ESTA SOLICITUD NO SERÁ CURSADA.
LOS BENEFICIOS DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD, COMENZARÁN A REGIR AL MES SIGUIENTE DEL PRIMER DESCUENTO POR ESTE CONCEPTO, DE SU BOLETA DE PAGO.
EL FORMULARIO DEBERÁ SER LLENADO EXCLUSIVAMENTE POR EL IMPONENTE

IDENTIFICACIÓN DE CARGAS FAMILIARES

NOMBRE DE LA CARGA DE FAMILIAR	
CÉDULA DE IDENTIDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	
PARENTESCO	

NOMBRE DE LA CARGA DE FAMILIAR	
CÉDULA DE IDENTIDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	
PARENTESCO	

NOMBRE DE LA CARGA DE FAMILIAR	
CÉDULA DE IDENTIDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	
PARENTESCO	

NOMBRE DE LA CARGA DE FAMILIAR	
CÉDULA DE IDENTIDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	
PARENTESCO	

FECHA: _____

FIRMA IMPONENTE