

## PLANILLA DE INGRESO PLAN DE SALUD

CLIENTE:

### TIPO DE MOVIMIENTO

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Nueva Afiliación | <input type="checkbox"/> Exclusión del Plan | <input type="checkbox"/> Modificaciones |
| <input type="checkbox"/> Agregar Familiar | <input type="checkbox"/> Excluir Familiar   |   |

### DATOS DEL TITULAR

Apellidos:  Nombres:  C.I.:

Fecha Nacimiento:  Lugar:  Estado:  Edad:  Sexo:  Estado civil:

Dirección de Habitación:

Ciudad:  Estado:  Teléfono Habitación:  Celular:

Correo Electrónico:  Fecha de Ingreso a la Empresa:

### DATOS DE LOS BENEFICIARIOS

Apellidos y Nombres	C.I. /Pasaporte	Parentesco	Fecha Nac.	Edad	Sexo
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

### INFORMACIÓN IMPORTANTE

Con los datos de este Formulario, Cuidamed registra las personas elegibles al Plan de Salud. Llene todos los datos. Al entregar el Formulario asegúrese de que la información esté completa, ya que ella permitirá registrar sus datos y los de su grupo familiar sin inconvenientes.

Ratifico en todas sus partes la exactitud y veracidad de los datos suministrados en la presente solicitud y declaro tener conocimiento de las condiciones generales y particulares del Plan, las cuales acepto todas en conjunto.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante



Huella Dactilar  
Pulgar Derecho

Fecha: