

SOLICITUD DE AFILIACION

CODIGO: _____

Fecha: ____/____/____

DATOS PERSONALES DEL TITULAR

Nombres:		Apellidos:			
C.I.:		Fecha De Nacimiento		Ubicación Actual	
Género:	Edad:	Día	Mes	Año	Estado:
<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F				Municipio:
Ocupación:		Estado Civil:		Ciudad:	
Dirección:					
Telf. Hab:		Telf. Móvil 1:		Telf. Móvil 2:	
Correo electrónico:					

FAMILIARES A AFILIAR

	Nombre y Apellido	C.I.	Parentesco	Edad
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

ADICIONALES

	Nombre y Apellido	C.I.	Parentesco	Edad
1				
2				
3				
4				
5				

NOTA: Familiares a incluir: Padre, Madre, Conyugue, Hijos hasta los 30 años y suegros solo en caso de previa defunción de los padres. El llenado de esta planilla no garantiza la cobertura del servicio de manera inmediata, esta entrara en vigencia una vez se hayan consignado todos los documentos requeridos y realizado el primer cobro al solicitante.

Firma del Titular

Firma de la Empresa