

FICHA DE DATOS PARA ADHESIÓN AL SISTEMA ASISTENCIAL

Datos Personales del Solicitante

Apellido y Nombres:	Matrícula N°:
Documento / Tipo y N°:	Fecha de Nacimiento:
Estado Civil:	
Domicilio:	Teléfonos:
Localidad:	Sección:

Datos de los Adherentes

Apellido y Nombres:	Relación:
Documento / Tipo y N°:	Fecha de Nacimiento:
Apellido y Nombres:	Relación:
Documento / Tipo y N°:	Fecha de Nacimiento:
Apellido y Nombres:	Relación:
Documento / Tipo y N°:	Fecha de Nacimiento:
Apellido y Nombres:	Relación:
Documento / Tipo y N°:	Fecha de Nacimiento:
Apellido y Nombres:	Relación:
Documento / Tipo y N°:	Fecha de Nacimiento:

Datos del Beneficiario del Subsidio por Fallecimiento

Apellido y Nombres:	Relación:
Documento / Tipo y N°:	
Apellido y Nombres:	Relación:
Documento / Tipo y N°:	

FORMA DE PAGO DESEADA (Marque con una cruz la opción elegida)

- EFECTIVO MENSUAL	<input type="checkbox"/>
- TARJETA DE CRÉDITO: - VISA	<input type="checkbox"/> N° _____
- MASTERCARD	<input type="checkbox"/> N° _____
- DÉBITO AUTOMÁTICO DEL HABER PREVISIONAL	<input type="checkbox"/> (Sólo para Beneficiarios de C.F.E.R.)

ATENCIÓN:

La aseguradora no admite la incorporación de personas mayores de 64 años.

Para el caso en que el afiliado solicite la adhesión de familiares a cargo, el titular deberá adjuntar una declaración jurada manifestando tal situación.