



## FORMULARIO PARA ADICIÓN DE DEPENDIENTES

# Seguros

Médico Hospitalario    Colectivo     Individual     Seguro Médico para PYME

Nombre de la Póliza	Número de la Políza	Certificado (si aplica)
---------------------	---------------------	-------------------------

Nombre del Empleado: \_\_\_\_\_

Nombre del Familiar Dependiente	Parentesco	Fecha de Inclusión	Fecha de Nacimiento

La solicitud debe ser firmada dentro de los 31 días después de la fecha en que se incluya el dependiente, caso contrario deberá llenar el presente formulario y la solicitud de inscripción por cada asegurado dependiente.

Fecha \_\_\_\_\_ Nombre del Asegurado \_\_\_\_\_ Firma del Asegurado \_\_\_\_\_