**FORMATO DE INCLUSION DE DEPENDIENTES ECONOMICOS**

**A LA POLIZA DE SEGURO DE GASTOS MEDICOS MAYORES**

Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. No. Empleado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL TITULAR DE LA POLIZA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **Fecha de Nacimiento:** |  |
| **Edad:** |  |
| **Sexo:** |  |

**INFORMACION DE LOS DEPENDIENTES ECONOMICOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **Parentesco:** |  |
| **Fecha de Nacimiento:** |  |
| **Edad:** |  |
| **Sexo:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **Parentesco:** |  |
| **Fecha de Nacimiento:** |  |
| **Edad:** |  |
| **Sexo:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **Parentesco:** |  |
| **Fecha de Nacimiento:** |  |
| **Edad:** |  |
| **Sexo:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **Parentesco:** |  |
| **Fecha de Nacimiento:** |  |
| **Edad:** |  |
| **Sexo:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** |  |
| **Parentesco:** |  |
| **Fecha de Nacimiento:** |  |
| **Edad:** |  |
| **Sexo:** |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y Firma**