

## FORMULARIO DE INCLUSIÓN A PROGRAMA DE GASTOS MÉDICOS SIN DECLARACIÓN DE SALUD

### NOMBRE DE LA EMPRESA

### BENEFICIARIO DEL PROGRAMA

Nombre completo:

Identificación:

Fecha de nacimiento:

Email:

Teléfono celular:

Cuenta Cliente IBAN para pago de reclamos (22 dígitos))

COLONES

DÓLARES

### DEPENDIENTES

Nombre completo:

Identificación:

Parentesco:

HIJO

CÓNYUGUE

HIJO

CÓNYUGUE

HIJO

CÓNYUGUE

HIJO

CÓNYUGUE

### AUTORIZACIÓN

Firma beneficiario

Firma Empresa

No Identificación

No Identificación

Fecha inicio del plan