



MEMBRESÍA DE GASTOS MÉDICOS DE PRIMER CONTACTO CONSENTIMIENTO DE AFILIACIÓN

COBERTURA

PARTICULAR: INDIVIDUAL FAMILIAR **EMPRESARIAL:** INDIVIDUAL FAMILIAR

(Anotar el nombre de la empresa a que pertenece)

| | | |
|---------------------|---------------------|---------|
| | | |
| APELLIDO PATERNO: | APELLIDO MATERNO: | NOMBRE: |
| DOMICILIO: | | |
| TELÉFONO: | EMAIL: | |
| LUGAR DE RESIDENCIA | FECHA DE NACIMIENTO | |
| | D | M A |

Dependientes del Titular: Casado (Cónyuge e hijos no mayores de 18 años) Soltero (Madre y Padre)

| NOMBRE: | FECHA DE NACIMIENTO / EDAD | PARENTESCO |
|---------|----------------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

LUGAR Y FECHA

FIRMA DE AFILIADO

Nº DE CERTIFICADO

LADA SIN COSTO: 01800-727-85-77 • WWW.SALUDONLINE.COM.MX • INFO@SALUDONLINE.COM.MX

CANCÚN • PLAYA DEL CARMEN • MÉRIDA • LOS CABOS • CIUDAD DE MÉXICO • VALLARTA