



SOLICITUD DE AFILIACION DE DEPENDIENTES AL SEGURO FAMILIAR DE SALUD (SFS)

Fecha:

SOLICITANTE TITULAR	
Solicitante NSS:	No. cédula del Solicitante: <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/>
Nombre Completo:	

DATOS DE LOS DEPENDIENTES (favor colocar los dependientes en orden de edad de mayor a menor)

1. NSS:	Nombre completo:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Parentesco:	Fecha de Nacimiento: <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	NUI o Cédula: <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/>	Sexo: Masc. <input type="radio"/> Fem. <input type="radio"/>
Estudiante: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Discapacitado: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Acta de Nacimiento: Municipio: <input type="text"/>	Oficialia: <input type="text"/> Libro: <input type="text"/> Folio: <input type="text"/> No.: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>
2. NSS:	Nombre Completo:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Parentesco:	Fecha de Nacimiento: <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	NUI o Cédula: <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/>	Sexo: Masc. <input type="radio"/> Fem. <input type="radio"/>
Estudiante: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Discapacitado: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Acta de Nacimiento: Municipio: <input type="text"/>	Oficialia: <input type="text"/> Libro: <input type="text"/> Folio: <input type="text"/> No.: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>
3. NSS:	Nombre Completo:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Parentesco:	Fecha de Nacimiento: <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	NUI o Cédula: <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/>	Sexo: Masc. <input type="radio"/> Fem. <input type="radio"/>
Estudiante: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Discapacitado: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Acta de Nacimiento: Municipio: <input type="text"/>	Oficialia: <input type="text"/> Libro: <input type="text"/> Folio: <input type="text"/> No.: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>
4. NSS:	Nombre Completo:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Parentesco:	Fecha de Nacimiento: <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	NUI o Cédula: <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/>	Sexo: Masc. <input type="radio"/> Fem. <input type="radio"/>
Estudiante: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Discapacitado: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Acta de Nacimiento: Municipio: <input type="text"/>	Oficialia: <input type="text"/> Libro: <input type="text"/> Folio: <input type="text"/> No.: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>
5. NSS:	Nombre Completo:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Parentesco:	Fecha de Nacimiento: <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	NUI o Cédula: <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/>	Sexo: Masc. <input type="radio"/> Fem. <input type="radio"/>
Estudiante: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Discapacitado: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Acta de Nacimiento: Municipio: <input type="text"/>	Oficialia: <input type="text"/> Libro: <input type="text"/> Folio: <input type="text"/> No.: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>
6. NSS:	Nombre Completo:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Parentesco:	Fecha de Nacimiento: <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	NUI o Cédula: <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/>	Sexo: Masc. <input type="radio"/> Fem. <input type="radio"/>
Estudiante: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Discapacitado: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Acta de Nacimiento: Municipio: <input type="text"/>	Oficialia: <input type="text"/> Libro: <input type="text"/> Folio: <input type="text"/> No.: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>
7. NSS:	Nombre Completo:	Primer Apellido:	Segundo Apellido:
Parentesco:	Fecha de Nacimiento: <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/> <input type="text" value="A"/>	NUI o Cédula: <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/>	Sexo: Masc. <input type="radio"/> Fem. <input type="radio"/>
Estudiante: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Discapacitado: <input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO	Acta de Nacimiento: Municipio: <input type="text"/>	Oficialia: <input type="text"/> Libro: <input type="text"/> Folio: <input type="text"/> No.: <input type="text"/> Año: <input type="text"/>

Firma del Solicitante

Firma y Sello del Empleador

Nota: Favor anexar los siguientes documentos: 1. Fotocopia en formato 8.5 x 11 de Cédula de los dependientes mayores de 16 años; 2. Acta de nacimiento de los dependientes menores de 16 años; 3. Incluir Certificación Estudiante para mayores de 18 años.

DATOS DEL PROMOTOR		
Código Unico del SDSS:	Cédula: <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/> <input type="text" value="N"/>	Sucursal:
Nombre del Promotor:		Firma del Promotor:



Solicitud Nueva:

Empresa:

Duplicado: No. Contrato:

No. Carnet

Titular:

Nombre y Apellido: _____

Dependiente 1

Nombre y Apellido: _____

Dependiente 2

Nombre y Apellido: _____

Dependiente 3

Nombre y Apellido: _____

Dependiente 4

Nombre y Apellido: _____

Dependiente 5

Nombre y Apellido: _____

Dependiente 6

Nombre y Apellido: _____