



# TARJETA DE ENROLAMIENTO CORPORATIVA

Titular: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN A- DATOS DEL AFILIADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
Cédula de Identidad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento ____/____/____	Fecha Ingreso a la Empresa ____/____/____
Dirección Domicilio			Ciudad
Correo Electrónico	Teléfono Celular	Teléfono Domicilio	
<b>INFORMACIÓN PARA PAGO DE RECLAMOS</b>			
Banco	Tipo de cuenta Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>		Número de cuenta

## SECCIÓN B - DEPENDIENTES PARA INCLUIR EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y MEDICINA PREPAGADA

Apellidos		Nombres	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento			Parentesco
Paterno	Materno			Día	Mes	Año	

## SECCIÓN C - FIRMAS

_____ Firma y sello del Titular	_____ El Afiliado
------------------------------------	----------------------

