



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