



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

Fecha:

SOLICITANTE TITULAR	
Solicitante NSS:	No. cédula del Solicitante:
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:	NUI o Cédula:	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:	NUI o Cédula:	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:	NUI o Cédula:	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:	NUI o Cédula:	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:	NUI o Cédula:	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:	NUI o Cédula:	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:	NUI o Cédula:	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 de Cédula en formato 8.5 x 11 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:
Nombre del Promotor:	Sucursal:
Firma del Promotor:	