

**AFILIACIÓN PLAN VOLUNTARIO**  
**SOLICITUD DE INCLUSION PARA FAMILIARES DE AFILIADOS**

NUMERO DE CARNET:           -

*(Del afiliado principal)*

**I- DATOS DEL AFILIADO PRINCIPAL**

Nombre(s) : \_\_\_\_\_

Apellido(s) : \_\_\_\_\_

Cédula Actual :    -         -  Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_

Institución donde labora: \_\_\_\_\_

**II- DATOS DEL DEPENDIENTE**

Parentesco : \_\_\_\_\_

Nombre (s) : \_\_\_\_\_

Apellido (s) : \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento   -   -       Sexo  M  F

Cédula actual    -         -  Nacionalidad \_\_\_\_\_

**Datos del Acta de Nacimiento (sólo para los hijos, si no han estado afiliados)**

Oficialía: \_\_\_\_\_

Libro     Folio     Acta

Anexar dos (2) fotos recientes 2 x 2 y fotocopia de la cédula. Para dependientes menores de 21 años, acta de nacimiento original y copia de cédula. Si el afiliado principal es jubilado, debe anexar copia de cedula.

\_\_\_\_\_  
Firma del Afiliado Principal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**OBSERVACION:** En este Plan Voluntario solo se afiliaran los parentescos con relación al afiliado Titular hasta el tercer grado de consanguinidad. Estos afiliados le será aplicada la gradualidad o carencia de servicios de tres (3) meses para los servicios de cirugías y diagnósticos no preexistentes, para los casos de alto costo se establece un periodo de seis (6) meses. Cuando el dependiente comienza a laborar, debe ser Notificado al departamento de Afiliación para corregir el Tipo de Afiliado de lo contrario será excluido.