

DOCUMENTO DE AFILIACIÓN

DATOS DEL SOLICITANTE

- **Nombre completo:** _____
- **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____
- **DNI / Identificación:** _____
- **Dirección:**

- **Teléfono:** _____
- **Correo electrónico:** _____

DATOS DE LA AFILIACIÓN

- **Tipo de afiliación:** () Individual () Familiar () Corporativa
- **Fecha de inicio de afiliación:** ____ / ____ / ____
- **Plan seleccionado:** _____
- **Forma de pago:** () Mensual () Trimestral () Anual

BENEFICIARIOS (Si aplica)

1. Nombre: _____ Edad: _____
Relación: _____
2. Nombre: _____ Edad: _____
Relación: _____
3. Nombre: _____ Edad: _____
Relación: _____

DECLARACIÓN Y FIRMA

Declaro que los datos proporcionados son correctos y acepto los términos y condiciones de la afiliación.

Firma del solicitante: _____

Fecha: ____ / ____ / ____