

**ADMINISTRADORA DE SERVICIOS LHS****ADICION DE FAMILIAR DEPENDIENTE Y/O ASCENDIENTE**

Empresa \_\_\_\_\_ Codigo de Empleado \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos Empleado \_\_\_\_\_ Identificacion \_\_\_\_\_

**DATOS DEL FAMILIAR DEPENDIENTE QUE DESEA INCLUIR**

Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Identificacion \_\_\_\_\_

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

Fecha del parentesco: \_\_\_\_\_

**PLANES ADICIONALES**Plan Dental SI ☐ NO ☐Ruinosas SI ☐ NO ☐\_\_\_\_\_  
**Fecha de Inclusion**\_\_\_\_\_  
**Firma Empleado****USO SOLO PARA RH**Condiciones Especiales SI ☐ NO ☐Plazo de espera SI ☐ NO ☐\_\_\_\_\_  
**FECHA**\_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE**

Esta solicitud debe ser completada y firmada dentro de los 31 dias de la fecha del parentesco del dependiente, despues de los 31 dias, debera cumplirse con lo estipulado en el reglamento del PLAN DE SALUD de la empresa.