

## FORMATO DE INSCRIPCIÓN

### DATOS DEL TITULAR

APELLIDO PATERNO \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO \_\_\_\_\_ NOMBRE (\$) \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

### DOMICILIO

CALLE Y NUM. \_\_\_\_\_ COLONIA \_\_\_\_\_

C.P. \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_

TEL. CASA \_\_\_\_\_ TEL. CEL. \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

### BENEFICIARIOS

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (\$)	SEXO	EDAD	PARENTESCO

CLUB SALUD FAMILIAR es un programa dedicado al cuidado de la salud que ofrece los siguientes servicios:

- 1.- Consultas médicas sin costo en la unidad de primer contacto previa cita.
  - 2.- Consultas médicas con especialistas y sub-especialistas descritos en el directorio médico, con costo preferencial; previa cita.
  - 3.- Programa de descuentos con una red de proveedores de la salud que incluye farmacias, laboratorios, gabinetes, radiológicos, entre otros, certificada y seleccionada por CLUB SALUD FAMILIAR, descrita en el directorio médico y con una guía para su utilización.
  - 4.- Una vez ingresado al programa de CLUB SALUD FAMILIAR no se aceptan cancelaciones, ni habrá reembolso alguno de ninguna índole de la empresa y se consignará a las autoridades competentes a la persona que haga mal uso de esta solicitud.
  - 5.- La presente solicitud no tendrá validez alguna si esta se presenta con enmendaduras, rayones o alteraciones y se dará de baja automáticamente de la empresa y se consignará a las autoridades competentes a la persona que haga mal uso de esta solicitud.
- Este programa **NO ES UN SEGURO** de ningún tipo, y por lo tanto no está sujeto a las leyes que regulan la actividad de las empresas de seguros. Sus datos personales son incorporados y protegidos en los sistemas de CLUB SALUD FAMILIAR De conformidad con los lineamientos de Protección de Datos Personales y con las diversas disposiciones fiscales y legales sobre confidencialidad y protección de datos a fin de ejercer las facultades conferidas a la autoridad (IFAI).
- Al haber sido informado de las características de CLUB SALUD FAMILIAR, estoy de acuerdo con sus beneficios, condiciones y formas de uso.

FIRMA TITULAR \_\_\_\_\_ Vigencia \_\_\_\_\_

Costo Membresía Individual \_\_\_\_\_ Costo Membresía Familiar +1 \_\_\_\_\_

Costo Membresía Familiar \_\_\_\_\_ Costo Membresía Familiar +2 \_\_\_\_\_

Nombre del Agente: \_\_\_\_\_ Firma del Agente: \_\_\_\_\_

### FACTURA

SI ☐ NO ☐

### DATOS FISCALES

NOMBRE: \_\_\_\_\_ R.F.C.: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

**COPIA AGENTE**