

Formato para solicitar el alta en la póliza de Gastos Médicos Mayores

Por medio del presente doy mi consentimiento para ser incluido (a) en la póliza de seguros en la filial:

Filial a la que perteneces:

Empleados ATS

Póliza:

M0017761

Mis datos para el alta en el seguro, así como los datos de mis dependientes (Cónyuge e Hijos menores de 25 años) , en caso de aplicar, son:

Titular:	
No. de Empleado	
Apellido Paterno:	Family name
Apellido Materno:	
Nombre (s):	Name (s)
Fecha de nacimiento:	date of birth
Sexo:	Gender
Estado Civil:	Marital Status

dd/mm/yyyy
DD/MM/AAAA

Spouse →
Child →

Dependientes (Cónyuge e Hijos Menores de 25 años)					
Parentesco	Ap. Paterno	Ap. Materno	Nombre (s)	F. Nacimiento	Sexo
Cónyuge	Family name		Name (s)	date of birth	Gender
Hijo					
Hijo					
Hijo					
Hijo					
Hijo					
Hijo					
Hijo					

Fecha de ingreso a Accenture

DD/MM/AAAA

Firma del Contratante

Firma del Asegurado

Signature