



**SOLICITUD DE INGRESO AL SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES**

VIGENCIA A PARTIR DE: \_\_\_\_\_

TIPO DE SOLICITUD: NUEVA ALTA  INCLUSIÓN

**INSTRUCCIONES:** A) Llenar a máquina ó a mano con letra legible todos y cada uno de los datos solicitados.

B) Entregar **COPIA LEGIBLE** de la siguiente documentación:

❖ *Actas de nacimiento de cada una las personas que serán aseguradas.*

**DATOS DEL TRABAJADOR TITULAR**

No. Emp. \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
*Apellido Paterno Materno Nombre(s)*

F. Nacimiento: \_\_\_\_\_ Zona de pago \_\_\_\_\_ UBPP: \_\_\_\_\_  
 ( DÍA / MES / AÑO )

Categoría: ACADÉMICO  ADMINISTRATIVO  BASE:  CONTRATO:

Domicilio \_\_\_\_\_  
*Calle No. Colonia*

\_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_  
*Delegación y/o Municipio Estado*

Tel. Particular: \_\_\_\_\_ Extensión UACH: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**ASEGURADOS**

NOMBRE Apellidos paterno, materno, nombre(s)	PARENTESCO	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO (DÍA – MES –AÑO)

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL TRABAJADOR**