

**FORMULARIO PARA LA INCLUSIÓN DE TITULARES DENTRO DE LA
COBERTURA DEL SERVICIO DE SEGURO MÉDICO Y SANATORIAL**

DATOS PERSONALES DEL FUNCIONARIO

Para la inclusión, se deberá presentar el presente formulario acompañado con una copia simple del documento de identidad y una copia simple del Decreto/Resolución de Nombramiento y/o Reintegro.

Nombres: _____ C.I N° _____

Apellidos: _____ Sexo: F M

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Estado Civil: _____

Teléfono N°: _____ Celular N°: _____

Dependencia donde presta servicios: _____

Circunscripción Judicial: _____

DATOS DEL CÓNYUGE
(COMPLETAR ESTE CAMPO SÓLO SI SU CÓNYUGE ES TAMBIÉN FUNCIONARIO
NOMBRADO DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA)

Nombres y Apellidos	C.I N°	Fecha de Nacimiento	Edad

La inscripción del grupo familiar y adherentes pagos, deberá realizarse según lo establecido en el Pliego de Bases y Condiciones quedando bajo la entera responsabilidad del Titular inscribir a sus beneficiarios y adherentes en los plazos establecidos y con la documentación solicitada por la empresa prestadora.

Los datos consignados en el presente formulario poseen carácter de Declaración Jurada, por lo cual firmo al pie del mismo asumiendo la responsabilidad por la veracidad de la información proporcionada.

Firma del funcionario: _____ Fecha: ____/____/____