

COBERTURA MÉDICA



...Toda la Vida

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Empresa: **CORTE SUPREMA DE JUSTICIA** Plan:7048 Cto. Nº: Beneficiario Nº:
Nombre del Funcionario/Titular: C.I. Nº: Fecha Nac.:
Dirección de Factura: Barrio: Tel. Part.:
Dirección Laboral: Tel. Laboral:
Ciudad de Residencia: RUC: E-mail: Tel. Celular:

LLENAR LOS SIGUIENTES DATOS

	NOMBRE DEL BENEFICIARIO	SEXO	FECHA NAC.	EDAD	C. IDENTIDAD	CIUDAD DE RES.	PARENTESCO	PRIMAS
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

FECHA DE INSCRIPCIÓN

FIRMA DEL FUNCIONARIO/TITULAR