



AFILIACION

Previsión Familiar es un servicio establecido por la Central Cooperativa de Servicios SERVIPERU en beneficio de sus socios y dependientes de conformidad con sus normas estatutarias y reglamentarias.

En virtud de la firma de este documento y del pago efectuado, el contratante se integra como socio de SERVIPERU, aceptando sus derechos, obligaciones y consecuentemente acceder a los beneficios de los servicios de salud así como el servicio de sepelio y exequias,

SUMARIO N°

APELLIDOS Y NOMBRES	PARENTESCO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD
			D	M	A	
SOCIO TITULAR :	TITULAR					
DEPENDIENTE 1 :						
DEPENDIENTE 2 :						
DEPENDIENTE 3 :						
DEPENDIENTE 4 :						
EXT.DEP 1:						
EXT.DEP 2:						
EXT.DEP 3:						
EXT.DEP 4:						
ACTIVIDAD DEL SOCIO TITULAR :						
DOMICILIO:		DISTRITO:				
COBRANZA:		DISTRITO:				
FECHA DE INSCRIPCION:			FECHA DE INICIO DEL SERVICIO:			
CORREO ELECTRONICO SOCIO TITULAR:						

PLAN ELEGIDO: DORADA PLUS ROS

DECLARACION DE SALUD
¿ESTA UD O SUS DEPENDIENTES BAJO TRATAMIENTO MEDICO? SI NO CUOTA MENSUAL
¿EN LOS ULTIMOS CINCO AÑOS HAN SIDO TRATADOS U HOSPITALIZADOS? SI NO S/ _____

SI ALGUNA DE LAS RESPUESTAS ES AFIRMATIVA SIRAVASE PROPORCIONAR INFORMACION DETALLADA

PARENTESCO	ENFERMEDAD O TRATAMIENTO	NOMBRE DEL MEDICO O CLINICA	FECHA	SITUACION DE LA DOLDOLENCIA
TITULAR				
DEP.				
DEP.				
DEP.				

IMPORTANTE: El solicitante declara que la información suministrada en este SUMARIO es veraz y completo, caso contrario los Servicios serán nulos y SERVIPERU no asumirá responsabilidad alguna.

Ejecutivo de cuentas.....
.....
Código.....
Firma.....

SERVIPERU

FIRMA
SOCIO CONTRATANTE
D.N.I.

