

**SEGURO MEDICO CORPORATIVO ADEP – COFUDEP – ADIFUJUBI
FORMULARIO DE PRE-INSCRIPCION**

1. Datos del Responsable (Funcionario/Contratado del MRE)

Nombres y Apellidos: _____

Número de Cédula de Identidad: _____ Número de Celular: _____

Composición de Grupo que desea contratar (marcar según tabla adjunta):

TITULAR: T1__ T2__ T3__ T4__ T5__ T6__ T7__ T8__ T9__

ADHERENTE: A1__ A2__ A3__ A4__ A5__

Usted, es socio de (Por favor, marque todas las opciones válidas): ADEP _____ COFUDEP _____ ADIFUJUBI _____

2. Datos de los beneficiarios

| Beneficiario | Nombre | Apellido | C.I. N° | Fecha de Nacimiento | Edad | Relación con Responsable | Titular o Adherente | Con Plan opc. Alta Complejidad? Sí/No |
|--------------|--------|----------|---------|---------------------|------|--------------------------|---------------------|---------------------------------------|
| 1. | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | |

3. Observaciones Generales

- El RESPONSABLE (de quien se debitará, previa autorización expresa dirigida a la COFUDEP, el costo mensual a pagar por el servicio de seguro médico corporativo contratado), DEBE SER: funcionario, contratado o jubilado del MRE.
- TITULAR o ADHERENTES, puede o no ser funcionario, contratado o jubilado del MRE, quien deberá estar indefectiblemente bajo relación expresa de un RESPONSABLE
- El presente formulario de pre inscripción debe ser remitido al correo electrónico bienestaradepcofu@gmail.com el día miércoles, 22 de julio del corriente.
- Dudas y consultas serán recepcionadas al correo electrónico: bienestaradepcofu@gmail.com.
- Importante considerar que: quienes opten por adherirse desde el inicio del contrato corporativo gozarán de cobertura inmediata según lo detallado en el Plan de Cobertura presentado por la Empresa prestadora del servicio, el cual se adjunta.
- Existe la posibilidad de adherirse a un PLAN DE ALTA COMPLEJIDAD, para el efecto se adjunta el Plan de Cobertura.