

TITULARES DE CONTRATOS DE SERVICIOS DE PNUD - SEGURO MÉDICO COLECTIVO
Solicitud o petición de cambio de cobertura de personas dependientes

Asegurado (Titular de contrato de servicios de PNUD)

APELLIDOS - NOMBRE DE PILA

CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN

N.º DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATO DE SERVICIOS DE PNUD

FECHA DE NACIMIENTO (D - M - A)

SEXO

M

F

ORGANIZACIÓN

PNUD

OTRA:

OFICINA REGIONAL EN EL PAÍS

FECHA DE INGRESO EN SERVICIO

PETICIÓN

ADICIONES: MIEMBROS DE LA FAMILIA ELEGIBLES ENUMERADOS A CONTINUACIÓN

FIN DE COBERTURA DE LOS FAMILIARES ELEGIBLES ENUMERADOS A CONTINUACIÓN

FECHA DE COMIENZO DE LA AFILIACIÓN

Nota: un hijo o hija soltero/a dependiente puede estar asegurado hasta el final del año en que cumple 25 años.
 Un hijo/a se considera dependiente mientras no tiene un trabajo a jornada completa.

Familiares elegibles (solamente aquellos que reúnen los requisitos del programa de Cigna)

APELLIDOS - NOMBRE DE PILA	SEXO	RELACIÓN (CÓNYUGE, HIJO/A)	FECHA DE NACIMIENTO (D-M-A)	¿EL HIJO/A ESTÁ CASADO/A?	¿EL HIJO/A TIENE EMPLEO A JORNADA COMPLETA?	AÑADIR	QUITAR
				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por la presente autorizo a PNUD a efectuar las retenciones necesarias de mi nómina para cubrir las contribuciones a las primas en función de la cobertura solicitada, y certifico que la información proporcionada es correcta.

FECHA

FIRMA

HAGA COPIAS PARA DISTRIBUCIÓN INTERNA.