



DIMSA S.A.
Formulario para Solicitud de Ingreso



Plan solicitado: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Sírvase completar en su totalidad el presente formulario, salvo en los lugares donde se pida lo contrario. Asegúrese de indicar toda la información solicitada, de cada integrante del grupo familiar.

DATOS PERSONALES:

Apellido _____ Nombres _____

Nacionalidad _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Ocupación _____ Peso ____ Talla ____

Sexo: Masculino Femenino Estado civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Viudo/a

Domicilio: Calle _____ Nro. ____ Piso _____ Dto. ____ Tel. Part.: _____

Barrio _____ Localidad _____ CP _____ Tel. Laboral: _____

COBERTURA SOLICITADA:

Marque lo que corresponda: Individual Matrimonio Grupo familiar

PERSONAS A CARGO:

Completar por orden de edad de mayor a menor. En el caso de haber más personas a cargo -aparte de cónyuge e hijos- sírvase indicarlas por separado y adjuntarlas al presentes formulario

Nro. de integrante	Apellido y Nombre/s	Fecha de nacimiento	Peso	Talla	Parentesco	Documento
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						

PLURALIDAD DE SEGURO Y/O COBERTURA MEDICA:

¿Tiene Ud. -o ha tenido hasta la actualidad- algún tipo de cobertura médica dentro del territorio de la Argentina? (la pregunta rige para el solicitante y cada uno de los miembros del grupo familiar): SI NO . En caso afirmativo indicar el nombre completo de la institución, fecha de permanencia en la misma y toda otra información relacionada con esta cuestión:
