OdontoPrev

México D.F. ___________ de ___________________ de ____

*Empresa: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

AFILIACIÓN VOLUNTARIA

*Plan: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

*No. de Empleado o No. De ID del Asociado Titular. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

*Nombre Contratante: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

*RFC del Contratante: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Datos de los Asegurados

Solicitante◊	Nombre Completo	Sexo		Fecha de Nacimiento		
	Nombre(s), Apellido Paterno y Apellido Materno	M	F	DD	MM	AAAA

◊**T**–Titular, **C**–Cónyugue, **H**–Hijo(a), **P**–Padres, **O**–Otros.

**** Domicilio Fiscal:**

*Calle: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

*Número Exterior: |__|__|__|__|__|__|

*Número Interior: |__|__|__|__|__|__|

*C.P. |__|__|__|__|__|

*Colonia: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

*Delegación / Municipio: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

*Estado: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

*Correo Electrónico: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

*Teléfono |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

*Teléfono Celular: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

(Los datos anteriormente estipulados aparecerán impresos en la Póliza y Recibo de Prima)

Los datos estipulados en el **Domicilio Fiscal aparecerán impresos en la Póliza y Recibo de Prima, y serán utilizados para el envío del Kit de Bienvenida, por lo que no procederán reclamaciones al respecto (En caso de ser diferente Dirección indique domicilio de correspondencia en la parte de atrás del formato).

Por medio de la presente autorizo que se descuente __________________ de mi pago nominal la cantidad de $__________________ IVA incluido, mientras se encuentre vigente mi póliza a partir de la fecha _____ /_____________________ /_________ por el concepto de la adquisición del seguro dental TotalDent.

En caso de que por alguna causa se diera por terminada la relación laboral, autorizo a que del finiquito correspondiente se descuente el saldo pendiente.

____

Firma del Interesado

Nota: Es necesario presentar copia de una identificación oficial (IFE o CURP) del Asociado Titular, así como de cada uno de los Asociados Dependientes mayores de edad.

* Datos Obligatorios.

ESTA CLÁUSULA SÓLO APLICA PARA EMPLEADOS CON DESCUENTO POR NÓMINA

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B, y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el(los) registro(s) número _____________ de fecha_____________".

Odontored
SEGUROS DENTALES