

Seguros Inbursa, S.A., Grupo Financiero Inbursa
 Av. Insurgentes Sur 3500, Col. Peña Pobre, Tlalpan, C.P. 14060, Ciudad de México.

Fecha de ingreso (dd/mm/aaaa)	Certificado	RFC con homoclave

1. Datos del titular

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Número de empleado	Dependencia	Clave de dependencia	Nombramiento

1.1 Domicilio y contacto

Calle	Núm. exterior	Edificio	Núm. interior	C.P.
Colonia	Alcaldía o municipio	Ciudad o población	Entidad federativa	
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico		

2. Datos de los dependientes económicos

Se entenderá como dependientes económicos del titular del Servicio de Protección de Gastos Médicos Mayores, al cónyuge o compañero(a) y a sus hijos menores de 25 años de edad, comunes o de cada uno de ellos, que sean solteros, no tengan remuneración por trabajo alguno y residan en forma permanente en el domicilio del titular.

Tipo de trámite Alta Baja Modificación

2.1 Dependientes

Dependiente 1

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco	Género: <input type="checkbox"/> Femenino	Peso
		<input type="checkbox"/> Masculino	
		Estatura	

Dependiente 2

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco	Género: <input type="checkbox"/> Femenino	Peso
		<input type="checkbox"/> Masculino	
		Estatura	

Dependiente 3

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco	Género: <input type="checkbox"/> Femenino	Peso
		<input type="checkbox"/> Masculino	
		Estatura	

Dependiente 4

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco	Género: <input type="checkbox"/> Femenino	Peso
		<input type="checkbox"/> Masculino	
		Estatura	

Dependiente 5

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Peso <input type="text"/> Estatura <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Si el movimiento que nos reporta corresponde a una sustitución, por favor indique los datos de las personas que causan baja en el servicio.

2.2 Bajas**Baja 1**

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Peso <input type="text"/> Estatura <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Baja 2

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Peso <input type="text"/> Estatura <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Baja 3

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido paterno	Apellido materno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	Parentesco	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Peso <input type="text"/> Estatura <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Los dependientes económicos que por primera vez sean inscritos quedarán protegidos a partir de la fecha que indique el sello de la UNAM.

Fecha de elaboración (dd/mm/aaaa)

 Firma del titular