

SEGURO DE ENFERMEDAD DE LOS MEDICOS DEL INTERIOR (SEMI)

FORMULARIO DE ALTAS Y BAJAS

Formulario N° 004-A

FECHA: ____/____/____/

DECLARACION DE ALTAS

BAJAS

CAMBIO DE OPCION MUTUAL

(Marque lo que corresponda)

MOTIVO DE BAJA

INSTITUCION

DATOS DEL TRABAJADOR

1er. APELLIDO	2do. APELLIDO		1er. NOMBRE	2do. NOMBRE	
NUMERO DE DOCUMENTO	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	NACIONALIDAD
	DIA	MES	AÑO		
DOMICILIO (CALLE)		NUMERO	APTO.	LOCALIDAD / DEPARTAMENTO	
TELEFONO	TELEFONO CELULAR			ESPECIALIDAD	
(Tachar lo que no corresponda) FECHA DE INGRESO / ____/____/____/ EGRESO	¿TRABAJA EN OTRA INSTITUCION DE FEMI? (Tachar lo que no corresponda)		SI	NO	EN CASO AFIRMATIVO, CUAL:
	¿CONTINUA AFILIADO A LA MISMA IAMC DE FEMI? (Tachar lo que no corresponda)		SI	NO	EN CASO NEGATIVO, SOLICITA AFILIACION A LA IAMC DE FEMI:
FIRMA DEL BENEFICIARIO (Indispensable)	FIRMA RESPONSABLE DE LA INSTITUCION			ACLARACION DE FIRMA	
RESERVADO PARA SEMI					

PARA QUE ESTE FORMULARIO TENGA VALIDEZ, EN CASO DE SER "ALTA" SE DEBE ADJUNTAR INDEFECTIBLEMENTE FOTOCOPIA DE CÉDULA DE IDENTIDAD