

**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
OPCIÓN 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	ESTADO CIVIL	
		DIA	MES				
DOMICILIO (CALLE)			NUMERO	APTO.	LOCALIDAD / DEPARTAMENTO		
TELEFONO		TELEFONO CELULAR (*)			ESPECIALIDAD		
E-MAIL (*)		BANCO (**)		TIPO DE CUENTA (**)		SUCURSAL / N° DE CUENTA (**)	
				CAJA DE AHORROS	CUENTA CORRIENTE		
(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 (como figura en el documento de identidad) (*)		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

(*) - CAMPO OBLIGATORIO

(**) - CUENTA BANCARIA DONDE PERCIBE SUS INGRESOS SALARIALES, PARA PAGO SUBSIDIOS SEMI - LEY 19.210