

FORMATO DATOS AFILIACIÓN BENEFICIARIO

Fecha de Diligenciamiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____

Datos Beneficiarios (uno por cada beneficiario)

Primer Apellido _____ Segundo Apellido _____

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Tipo de Identificación: RC TI NUIP CC CE PASAPORTE

Número de Identificación sin guión: _____

Lugar y fecha de expedición: _____ (MM/DD/AAAA) ____/____/____

Fecha Nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____ sexo M F

Edad Cumplida _____

Dirección: _____ Teléfono _____

Ciudad: _____ Depto.: _____

Dirección Electrónica: _____

Parentesco con el Cotizante: 1 2 3

1 Cónyuge o compañero(a) permanente

2 Hijo (a)

3 Padre o madre

Institución Educativa: _____

Zona de Residencia: Rural Urbana

Sitio de Atención: _____

***En caso de que el beneficiario desee su servicio en otra región, el cotizante deberá diligenciar el formato de afiliación indicando Ciudad y Departamento de residencia con la respectiva firma.**

Firma del Cotizante

Entidad Elegida (En la región diferente a la del cotizante)

Nombre Cotizante

Región:

1	2	3	4	5	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

fomag
fuente de financiación para el seguro

{fiduprevisora}

Declaro que la información consignada es real y bajo la gravedad de juramento que se entenderá prestado en concordancia con el decreto 0019 de enero 10 de 2012 con la firma del presente documento. Que conozco y acepto que, es posible afiliarse como beneficiarios del grupo familiar al cónyuge o compañero permanente, padres, hijos siempre y cuando **exista dependencia económica**, se encuentren dentro de las situaciones legales descritas en los términos de referencia de fiduprevisora. Que mi beneficiario no es pensionado de Entidad Privada o Pública. No está inscrito en ningún Régimen de Seguridad Social en Salud, ni general ni especial. Conozco además la importancia moral y legal de esta declaración bajo juramento y las sanciones civiles y penales establecidas contra los que declaren falsamente, tales como terminación unilateral de la afiliación, indemnización de perjuicios, demanda civil, denuncia penal ante la Fiscalía General de la Nación, reporte al Registro Único de Aportantes como afiliado fraudulento, investigación administrativa por parte de la Superintendencia Nacional de Salud, entre otros.

Rindo la presente declaración, a los () días, del mes de _____ del año 20____.