CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD
AVISO DE ALTAS Y BAJAS DE BENEFICIARIOS

FORM. DS-07

T I T U L A R D E S E G U R O			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	NUM. DE ASEGURADO

EMPRESA/INSTITUCION		LUGAR DE TRABAJO (DEPARTAMENTO)	

A L T A D E B E N E F I C I A R I O S				
PARENTESCO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	FECHA DE NACIMIENTO

B A J A D E B E N E F I C I A R I O S				
PARENTESCO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	MOTIVO DE LA BAJA

NOMBRE Y APELLIDO TITULAR	FIRMA TITULAR DE SEGURO	RECIBIDO UNIDAD DE AFILIACIONES