CAJA BANCARIA ESTATAL DE SALUD

AVISO BAJA DEL ASEGURADO

FORM. DS-05

NOMBRE O RAZON SOCIAL DE LA EMPRESA	DEPARTAMENTO	NO. MATRICULA

AP. PATERNO	AP. MATERNO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO		

FECHA DE INGRESO	DIA	MES	AÑO	LOCALIDAD	DEPARTAMENTO

FECHA DE BAJA	DIA	MES	AÑO	LOCALIDAD	DEPARTAMENTO

MOTIVO DE LA BAJA	ULTIMO HABER COTIZABLE (MES - 30 DIAS)

LUGAR Y FECHA DE PRESENTACION	LUGAR Y FECHA DE RECEPCION
FIRMA, ACLARACION Y SELLO DE LA EMPRESA	RECEPCION AREA DE SEGUROS CBES