



**Caja  
Bancaria  
Estatad de Salud**



ESTADO PLURINACIONAL DE  
**BOLIVIA**

## REQUISITOS DE AFILIACION HIJOS/AS MENORES DE 19 AÑOS DE EDAD

- a) Formulario DS-07 “Aviso de Alta y Baja de Beneficiarios” (Ingresar a la página web [www.cb.es.org.bo](http://www.cb.es.org.bo). Barra de menú - Servicios en Salud - Afiliaciones, imprimir tres ejemplares una vez llenado con los datos solicitados).
- b) Formulario “Certificación de NO afiliación a un Seguro de Salud” (Ingresar a la página web [www.cb.es.org.bo](http://www.cb.es.org.bo). Barra de Menú – Afiliaciones, imprimir un ejemplar una vez llenado con el/los nombre/s, apellidos y fecha de nacimiento del/la titular y beneficiarios/as por el cual se solicita la afiliación).
- c) Original del Certificado de Nacimiento (Actualizado).
- d) Fotocopia del Carnet de asegurado o formulario de aviso de afiliación o reingreso del asegurado
- e) Fotocopia nítida del Carnet de Identidad (Vigente).
- f) Fotocopia de la última papeleta de pago del/la titular de seguro.
- g) 1 foto actual tamaño 3x3 con fondo plomo.
- h) Realizar transferencia bancaria o depósito por Bs. 15.- por concepto de carnet de seguro a la cuenta 10000045990921 del Banco Unión S.A. (adjuntar comprobante de transferencia o depósito y una fotocopia simple).

**Nota:** Respecto al punto (b), no deberá presentar el formulario “Certificación de NO afiliación a un Seguro de Salud” en caso que ambos padres se encuentren afiliados en la Caja Bancaria Estatal de Salud, debiendo reemplazar este documento por fotocopias de los carnets de seguro Vigente.

