

Solicitud de Movimientos de Asegurados

Ciente: _____ **Fecha de solicitud:** _____

Póliza No.: _____ **Fecha de efectividad:** _____

TIPO DE MOVIMIENTO:		1- Inclusión de Empleado		3- Exclusión de Empleado		5- Cambio de Plan		7- Cambio de Contrato	
		2- Exclusión de Dependiente		4- Exclusión de Dependiente		6-Rehabilitación de Afiliac		8- Otros	
Nombre del Asegurado	Certificado No.	Tipo de Movimiento							Observaciones
		1	2	3	4	5	6	7	
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									

Nota: Los movimientos deben ser depositados en las oficinas de Vivir, S.A. en las fechas de corte establecida.

TIPO DE MOVIMIENTO:	1- Inclusión de Empleado 2- Exclusión de Dependiente	3- Exclusión de Empleado 4- Exclusión de Dependiente	5- Cambio de Plan 6-Rehabilitación de Afiliac	7- Cambio de Contrato 8- Otros
----------------------------	---	---	--	-----------------------------------

Firma y Sello del Cliente

Recibido Sello/Firma

Procesado/Fecha

Fecha

Fecha

Fecha