



FOLIO:

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN

**PROGRAMA
PROTECCIÓN
ACCIDENTES
PERSONALES**

¡Protege lo más valioso
de tu vida... Tus Hijos, TU FAMILIA!

FECHA:

Día	Mes	Año

DATOS PERSONALES DEL INCORPORADO AL PROGRAMA ARCANGEL

APELLIDO PATERNO: _____ MATERNO: _____ NOMBRES: _____

EDAD: | | SEXO: H M # DE CONTROL: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DOMICILIO; CALLE: _____ # INT: _____ # EXT: _____ COL: _____ C.P.: | | | | |

CIUDAD O POBLACIÓN: _____ DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____

ESTADO: _____ TELEFONO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CELULAR: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BENEFICIARIO: _____

APELLIDO PATERNO

MATERNO

NOMBRE (S)

DEPENDIENTES QUE EL SOLICITANTE DESEE INGRESAR AL PROGRAMA ARCANGEL

1.	<p>Nombre: _____</p> <p>Parentesco con afiliado titular : _____</p> <p>Dirección: _____</p>	<p>Edad: </p> <p>Teléfono: </p>	<p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Correo Electrónico: _____</p> <p>Ciudad: _____</p> <p>Sexo: H <input type="radio"/> M <input type="radio"/></p>
2.	<p>Nombre: _____</p> <p>Parentesco con afiliado titular : _____</p> <p>Dirección: _____</p>	<p>Edad: </p> <p>Teléfono: </p>	<p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Correo Electrónico: _____</p> <p>Ciudad: _____</p> <p>Sexo: H <input type="radio"/> M <input type="radio"/></p>
3.	<p>Nombre: _____</p> <p>Parentesco con afiliado titular : _____</p> <p>Dirección: _____</p>	<p>Edad: </p> <p>Teléfono: </p>	<p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Correo Electrónico: _____</p> <p>Ciudad: _____</p> <p>Sexo: H <input type="radio"/> M <input type="radio"/></p>
4.	<p>Nombre: _____</p> <p>Parentesco con afiliado titular : _____</p> <p>Dirección: _____</p>	<p>Edad: </p> <p>Teléfono: </p>	<p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Correo Electrónico: _____</p> <p>Ciudad: _____</p> <p>Sexo: H <input type="radio"/> M <input type="radio"/></p>
5.	<p>Nombre: _____</p> <p>Parentesco con afiliado titular : _____</p> <p>Dirección: _____</p>	<p>Edad: </p> <p>Teléfono: </p>	<p>Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Correo Electrónico: _____</p> <p>Ciudad: _____</p> <p>Sexo: H <input type="radio"/> M <input type="radio"/></p>

*Anexo copia de comprobante de pago y credencia INE

NOMBRE Y FIRMA DEL INCORPORADO

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE DE RECIBO DE PAGO

PROGRAMA ARCANGEL WWW.ARCANGELMEXICO.ORG . Tels. (662) 310-6103 y 311-4952

SONORA: Guadalupe Victoria #68, Col. San Benito, C.P. 83190, Hermosillo, Sonora

CDMX: Carlos Dickens 18, Polanco, Polanco III Secc, Miguel Hidalgo, 11550 Ciudad de México.