



Ciudad y fecha _____

Señores **UNISALUD**:

Autorizo la inscripción en el plan complementario de mis beneficiarios relacionados a continuación:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL BENEFICIARIO	EDAD	IDENTIFICACIÓN	PARENTESCO

Manifiesto que conozco que el valor mensual por cada uno de mis afiliados será equivalente a lo dispuesto en las normas internas vigentes aprobadas por la Junta Directiva Nacional de UNISALUD¹ para tal fin, durante dos años continuos y teniendo derecho a la cobertura después del pago consecutivo durante seis meses. Me comprometo a informar en caso de retiro de mi beneficiario y de no hacerlo, acepto la renovación automática anual después del lapso de dos años establecidos en la resolución vigente que lo reglamenta.

Los beneficiarios que se inscriban en el Plan Complementario deben tener la afiliación vigente a UNISALUD. Este plan sólo será anulable en el caso del retiro definitivo del afiliado titular, traslado a una EPS o fallecimiento del afiliado o sus beneficiarios, o en caso de que sus hijos beneficiarios cumplan 25 años de edad.

Me comprometo a realizar el pago oportuno, así: Descuento por nómina Pago en caja

Nota: En caso de no poder efectuarse el descuento por nomina, el afiliado será responsable de su pago en caja o en el banco que para tal fin se disponga.

Firma _____
 Nombre Cotizante _____
 CC | CE | PA | TI No. _____
 Fijo o Ext: _____ Móvil: _____

SEDE	TIPO DE AFILIADO
BOGOTÁ <input type="checkbox"/>	1 – DOCENTE <input type="checkbox"/>
MEDELLÍN <input type="checkbox"/>	2 – PUBLICO <input type="checkbox"/>
MANIZALES <input type="checkbox"/>	3 – OFICIAL <input type="checkbox"/>
PALMIRA <input type="checkbox"/>	4 - PENSIONADO <input type="checkbox"/>
NACIONAL <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL ÁREA DE AFILIACIONES DE UNISALUD	
Nombre quien verifica y tramita la solicitud:	Fecha en la cual inicia la cobertura: DD/MM/AAAA
Observaciones:	

AUTORIZACION DE LA DIVISIÓN SALARIAL Y PRESTACIONAL O QUIEN HAGAS SUS VECES PARA EL DESCUENTO POR NOMINA
Nombre _____ Firma _____

¹ Acuerdo 02 de 2015 de la Junta Directiva de Unisalud o cualquier norma que lo actualice o modifique.
 Me acojo a todas las normas que para tal efecto existen y las demás que dicte la ley, acordes a este sistema.
 Personal provisional, temporal, adicional y supernumerario no pueden acogerse a este plan.