

Favor de escribir en letra legible. Todos los campos son requeridos.

## Información del Asegurado Principal

Nombre del Asegurado Principal		Seguro Social
Nombre del Pagador		Seguro Social del Pagador
Dirección Postal		Código Postal
Teléfono	E-Mail	

## Información de Dependientes que desea Eliminar

Razón	<input type="checkbox"/> Mayoría de Edad <input type="checkbox"/> No está estudiando <input type="checkbox"/> Divorcio <input type="checkbox"/> Muerte <input type="checkbox"/> Personal	
Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Parentesco
Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Parentesco
Nombre	Fecha de Nacimiento MM / DD / AAAA	Parentesco

Por la presente hago constar que todas las contestaciones y declaraciones aquí contenidas están completas en detalles y son ciertas.	Firmado en
	Fecha MM / DD / AAAA

### AVISO IMPORTANTE

Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de dañar, cometer fraude o engañar a una aseguradora presente un reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado Principal

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante o Pagador

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Procesado por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_