



SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO SUCRE

Calle Dtto 111 casi esq. La Paz N° 462 Unid. Seguros 6437883 Int. 120

FORMULARIO DE NO AFILIACION EN OTROS ENTES GESTORES DE SALUD PARA ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS

Sucre, _____ de _____ 20 ____

Señores:

CAJA PETROLERA DE SALUD, CAJA NACIONAL DE SALUD, CORPORACIÓN DEL SEGURO MILITAR - COSSMIL, CAJA DE SALUD CORDES, CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A., CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA, SEGURO DELEGADO DE COTES, SEGURO MEDICO CESSA.

Presente.

El Seguro Social Universitario de Sucre, solicita a Ud. (s) certificado que el Sr. (a)

TITULAR :	_____	MAT:	_____
BENEFICIARIO:	_____	MAT:	_____
BENEFICIARIO:	_____	MAT:	_____
BENEFICIARIO:	_____	MAT:	_____
BENEFICIARIO:	_____	MAT:	_____

No se encuentra(n) ASEGURADO(S) ni COTIZA(N) a la institución que Ud.(s) representa(n) para su INSERCIÓN COMO ASEGURADO(S) de nuestra institución.

	SI	NO	FIRMA Y SELLO	FECHA
CAJA PETROLERA DE SALUD (Avenida Del maestro N°386)			https://afiliado.cps.org.bo	
CAJA NACIONAL DE SALUD (Calle Ravelo N°20)			www.cns.gob.bo	
CORPORACIÓN DEL SEGURO MILITAR - COSSMIL (Calle Final Mamabolera entre Aniceto Arce y Adela Arduz)				
CAJA DE SALUD CORDES (Avenida Emelio Mendizabals/n)				
CAJA DE SALUD DE CAMINOS Y R.A. (Av. German Mendoza N°1411, esquina 29 de septiembre)				
CAJA DE SALUD DE LA BANCA PRIVADA (Sacar por Internet)			http://noafiliacion.csbp.com.bo	
SEGURO DELEGADO DE COTES Calle Urcullo N°121				
SEGURO MEDICO CESSA Calle Ayacucho Nro. 254				