Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_bajo protesta de decir verdad, manifiesto que recibí de conformidad la presente tarjeta de Medicall Home a mi nombre como un beneficio adicional otorgado por mi único patrón \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, S.A. de C.V. sin ninguna responsabilidad por su parte respecto a los convenios que incluye la membresía.

Así mismo confirmo por este medio que designo como beneficiario del seguro a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_con quien mi parentesco es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_