



SINDICATO ÚNICO NACIONAL DE TRABAJADORES DE  
NACIONAL FINANCIERA

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN  
AL PROGRAMA DE SALUD

FOTO

Folio \_\_\_\_\_

Fecha de solicitud \_\_\_\_\_

**1. Datos del afiliado al SUNTNAFIN**

Apellido paterno \_\_\_\_\_

Apellido materno \_\_\_\_\_

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Área de adscripción y ubicación \_\_\_\_\_

Clave y No. de nómina \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Correo \_\_\_\_\_

**2. Datos del familiar**

Apellido paterno \_\_\_\_\_

Apellido materno \_\_\_\_\_

Nombre(s) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo (F) (M) Edad \_\_\_\_\_

Parentesco con el empleado \_\_\_\_\_ Correo \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**Notas:**

Este beneficio está dirigido a los familiares de afiliados al Sindicato Único Nacional de Trabajadores de Nacional Financiera (SUNTNAFIN), no derechohabientes al Servicio Médico Institucional, por lo que no existe ninguna vinculación con el derecho adquirido de la prestación médica que otorga Nacional Financiera, S.N.C., IBD o con ningún otro programa presente o futuro.

El SUNTNAFIN queda libre de cualquier obligación y responsabilidad derivadas de la consulta médica, procedimientos, servicios hospitalarios, laboratorio, gabinete, terapias de rehabilitación, ópticas, farmacias y demás servicios de salud otorgadas por el Médico, Operadora de Hospitales Ángeles, S.A. de C.V., sucursal Clínica Londres, Farmacias Flores y Regalos Ángeles y/o demás Prestadores de Servicio. Asimismo, esta Solicitud no genera obligación alguna para el SUNTNAFIN con sus afiliados o familiares.

Los medicamentos, estudios, análisis, aparatos correctivos u ortopédicos, tratamientos, procedimientos, intervenciones quirúrgicas, etc., que el médico, hospital o prestador de servicio prescriba, correrán por cuenta y gasto del paciente atendido, familiar del afiliado al SUNTNAFIN que no sea derechohabiente al Servicio Médico otorgado por Nacional Financiera.

El SUNTNAFIN, es responsable del tratamiento de los datos personales que usted nos proporcione. Los datos personales serán utilizados para elaborar la credencial que le permitirá al familiar acceder a los servicios médicos, así como para los registros internos correspondientes. Usted puede consultar nuestro aviso de privacidad integral en: [www.suntnafin.org/avisodeprivacidad/](http://www.suntnafin.org/avisodeprivacidad/)

Nombre y firma de aceptación del  
trabajador sindicalizado

Nombre y firma de aceptación del  
familiar del trabajador sindicalizado