

Titular: _____

1. Datos del Afiliado

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre
Cédula de Identidad	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento	Fecha Ingreso a la empresa
Dirección Domicilio			
Correo Electrónico	Teléfono Celular	Teléfono Domicilio	

Información para pago de reclamos

Banco	Tipo de cuenta Ahorros <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/>	Número de cuenta
-------	---	------------------

2. Dependientes para incluir en los servicios de salud y medicina prepagada

Apellidos		Nombres	Cédula de Identidad	Fecha de nacimiento			Parentesco
Paterno	Materno			Día	Mes	Año	

3. Firmas

Firma y Sello del Titular

Firma Afiliado

4. Declaración de salud

¿Ha sido diagnosticado usted o alguno de sus dependientes al afiliarse con alguna de las siguientes enfermedades, están recibiendo tratamiento actualmente o han recibido alguna vez tratamiento?

1. Cualquier desorden neurológico, respiratorio, gastrointestinal, endocrinológico o genitourinario; diabetes, hipertensión, trastornos de las arterias coronarias, problemas cardíacos o del sistema cardíaco de conducción, trastornos del sistema circulatorio, del sistema cardiovascular o los vasos sanguíneos, desorden de la sangre, problemas de la columna vertebral y/o los discos intervertebrales. Si No

2. ¿Cualquier tipo de quistes, tumores o cáncer?

3. ¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o complejo relacionado con el SIDA?

4. ¿Se le ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo; o han sido pacientes de un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?

5. ¿Le han rechazado o aceptado en condiciones especiales alguna solicitud para póliza de salud, vida o accidente?

6. ¿Está embarazada actualmente? (Afiliado, cónyuge o conviviente legal)
El beneficio de maternidad es sólo para Afiliado, cónyuge o conviviente legal del afiliado asegurado.

6. ¿Ha sido diagnosticado de cualquier otra enfermedad o accidente?

5. Detalle de respuestas afirmativas

Nombre de la persona	Fecha de diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Lugar del tratamiento	Médico que aplicó el tratamiento

Fecha

Firma Afiliado