

SOLICITUD DE AFILIACIÓN EN PLANES CORPORATIVOS Y POOL

Contrato nuevo Inclusión Cambio de Plan Inclusión Dependientes Cambio de Categoría

Contratante corporativo: _____

Plan contratado: _____

INFORMACIÓN DEL AFILIADO TITULAR

1. Apellidos: _____ 2. Nombres: _____

3. N° de cédula: _____ 4. Teléfonos: Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

5. Dirección completa: _____

6. Correo electrónico: _____

7. Sexo:	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	8. Fecha de nacimiento:	Mes	Día	Año	9. Lugar de nacimiento:	Ciudad/provincia
10. Estatura:	M. <input type="checkbox"/>	Cm. <input type="checkbox"/>	11. Peso:	Kilogramos		12. Estado civil	13. Cargo en la empresa	
						Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	
						Viudo <input type="checkbox"/>	Unión libre <input type="checkbox"/>	

INFORMACIÓN DE CUENTA BANCARIA PARA REEMBOLSOS DE GASTOS MÉDICOS

14. Banco: _____

15. Tipo de cuenta: Corriente Ahorros

16. N° de cuenta: _____

Únicamente será válida la cuenta a nombre del titular.

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES AFILIADOS

Se consideran como dependientes exclusivamente a: cónyuge o conviviente legal e hijos consanguíneos y de cónyuge, hijos de crianza y adoptivos.

17. Cédula	Apellidos y nombres completos	Fechas de nacimiento Día / Mes / Año	Parentesco con el titular

DECLARACIÓN DE SALUD

18. ¿Usted o cualquiera de sus dependientes afiliados han recibido algún tratamiento o han sido diagnosticados sobre cualquiera de las siguientes condiciones médicas? Conteste cada caso "Sí" o "No"

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
Corazón			Pulmones			Sistema urinario		
Tumores			Diabetes			Desordenes nerviosos		
Alta tensión arterial			Riñones			Estómago intestinos		
Cáncer			Espalda y articulaciones			Hernia		
19. ¿Ha sido internado como paciente en un hospital, clínica u otra institución de salud?								
20. ¿Ha sido examinado por o ha consultado a algún médico durante los cinco (5) últimos años?								
21. ¿Se le ha aconsejado internarse en un hospital, clínica u otra institución de salud para diagnóstico, reposo o tratamiento, que se encuentre pendiente?								
22. ¿Se le ha aconsejado someterse a una operación quirúrgica o tratamiento y se encuentra pendiente?								
23. ¿Tiene conocimiento de alguna afectación física o mala salud o cualquier otra condición, enfermedad o accidente no mencionados en las preguntas anteriores?								
24. Si es mujer, ¿Está embarazada?								
25. ¿Le ha sido alguna vez rechazada, aplazada, aceptada con recargo o modificada en modo alguno una solicitud para obtener o para rehabilitar una póliza de seguro médico, accidentes o Medicina Prepagada?								

Si ha contestado "Sí" a algunas de las preguntas anteriores, explique detallando: número de pregunta, nombre del paciente, diagnóstico, tratamiento, fecha desde cuándo y hasta cuándo, clínica u hospital, nombre del médico tratante. Si se encuentra tomando medicación, por favor especifique el nombre del o los medicamentos, la dosis diaria y hasta cuando lo tomará.

Por medio de la presente declaro que todas las respuestas a las preguntas anteriores son completas, verídicas. Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, sanatorio o cualquier otra institución de salud, para que proporcione a Asisken Asistencia Médica S.A., toda la información con respecto a cualquier tratamiento, examen, diagnóstico, cirugía u hospitalización que yo haya recibido. Por la presente información que solicite con respecto a cualquier tratamiento, examen, dictamen u hospitalización que yo haya recibido.

Lugar y fecha: _____ Firma del titular: _____
 Firma y sello del contratante: _____