

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

INDIVIDUAL PYMES CORPORATIVO

CIUDAD	FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA	<input type="checkbox"/> NUEVA <input type="checkbox"/> ACTUALIZACIÓN DE DATOS <input type="checkbox"/> CAMBIO DE PLAN	FECHA INICIO VIGENCIA DD MM AAAA	CONTRATO N°	CERTIFICADO N°
--------	--------------------------------------	--	---	-------------	----------------

BROKER / AGENTE

1.- INFORMACIÓN DE LA EMPRESA

RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA			
RUC <input type="checkbox"/>	NO. DOCUMENTO	CIUDAD	TELÉFONO

2.- INFORMACIÓN DEL TITULAR

NOMBRES Y APELLIDOS												
C.I. <input type="checkbox"/>	N°.	FECHA DE NACIMIENTO DD MM AAAA			GÉNERO	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL	SOLTERO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>	ESTATURA	MTS
RUC <input type="checkbox"/>								CASADO <input type="checkbox"/>	UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>	PESO	KGS	
PAS. <input type="checkbox"/>								DIVORCIADO <input type="checkbox"/>				
OCUPACIÓN		DD MM AAAA					TELÉFONO CELULAR:					
CIUDAD Y DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:								EMAIL:		TELÉFONO:		
CIUDAD Y DIRECCIÓN DE TRABAJO:								TELÉFONO TRABAJO:		DIRECCIÓN ENVÍO DE CORRESPONDENCIA TRABAJO <input type="checkbox"/> RESIDENCIA <input type="checkbox"/>		

CUENTA DEL TITULAR PARA ACREDITACIÓN DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

BANCO	N° CUENTA	CTA. AHORROS <input type="checkbox"/>	CTA. CORRIENTE <input type="checkbox"/>
VIENE DE OTRO SEGURO DE MEDICINA PREPAGADA	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿CUÁL?	

3. INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ESTATURA (MTS.)	PESO (KGS.)	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO
								DD	MM	AAAA	

4. INFORMACIÓN DEL CONTRATO Y VALOR DE CUOTA DEL SEGURO

NOMBRE DEL PLAN	FRECUENCIA DE PAGO				MODALIDAD			CUOTA TOTAL A PAGAR
	MENSUAL	TRIMESTRAL	SEMESTRAL	ANUAL	TS	T+1	T+F	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	USD

5.- DETALLE DE FACTURACIÓN

NOMBRE COMPLETO:			
C.I. / RUC:	TELF.:		CEL.:
E-MAIL:			
DIRECCIÓN:			CIUDAD:
<input type="checkbox"/> Acepto que mi factura electrónica llegue a mi correo electrónico:			

6.- DECLARACIÓN DE SALUD (TITULAR, CÓNYUGE E HIJOS)

¿Usted o sus dependientes padecen o han padecido, están bajo tratamiento o han sido informados de algunas de las siguientes enfermedades?	SI	NO
1. ¿Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes del sistema respiratorio?		
2. ¿Dolores en el pecho, hipertensión arterial, arritmias, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos y otras enfermedades o desórdenes del corazón o sistema circulatorio?		
3. ¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, migrañas u otras enfermedades o desórdenes del cerebro o del sistema nervioso o trastorno mental?		
4. ¿Enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga o próstata, órganos de reproducción o enfermedades venéreas?		
5. ¿Enfermedades o desórdenes de la piel, de los ganglios linfáticos, quistes, lunares que hayan cambiado de forma, tamaño y/o color?		
6. ¿Diabetes, tiroides, gota u otro trastorno endocrino?		
7. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado, páncreas o vesícula biliar?		
8. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los músculos, huesos, articulaciones, lesiones de ligamentos o meniscos, incluso de la columna vertebral, lumbalgia?		
9. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?		
10. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?		
11. ¿Trastornos del útero, ovarios, senos?		
12. ¿Otras enfermedades, accidentes, lesiones, operaciones, deformidades o amputación?		
13. ¿Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)?		
14. ¿Cáncer o tumores de cualquier otra clase?		
15. Si es mujer: ¿Se encuentra usted en estado de gestación (embarazo)?		
16. ¿Fuma cigarrillos u otros productos derivados del tabaco?. En caso de ser afirmativo, ¿Qué cantidad al día? (Indique cuantos)		

PROPORCIONAR DETALLES DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS DEL PUNTO ANTERIOR

NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO	ENFERMEDAD / ACCIDENTE (DIAGNÓSTICO)	DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD / ACCIDENTE		TRATAMIENTO / CIRUGÍA REALIZADA	NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE	TELÉFONO DEL MÉDICO TRATANTE
		DESDE	HASTA			

IMPORTANTE: En caso de haber declarado alguna enfermedad o accidente, es necesario que adjunte historial clínico, certificados, informe médico y resultados de exámenes que respalden su condición de salud.

El interesado declara que ha respondido en forma exacta y veraz a cada una de las preguntas que constan en esta solicitud de afiliación.

La Compañía Medicina del Futuro Ecuador Medicalfe S.A. CONFIAMED, medicina prepagada, se reserva el derecho de comprobar en cualquier tiempo si el contenido de este documento corresponden o no al verdadero estado de salud del titular o sus dependientes. Igualmente se reserva expresamente el derecho de dar por terminado en cualquier tiempo el presente trámite para no efectuar la emisión del contrato con respecto a alguno o a todos los dependientes, al comprobar que la declaración no corresponde total o parcialmente al verdadero estado de salud.

Autorizo a CONFIAMED solicitar en cualquier momento al médico o profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar, y a estos para otorgar a CONFIAMED las copias certificadas de la historia clínica o cualquier información sobre nuestro estado de salud.

Es entendido por el solicitante y queda claramente establecido, que el recibo o cualquier documento de comprobación de pago de parte de CONFIAMED con anterioridad a la emisión del contrato, o la aceptación tácita de tales eventos, para los cuales debe siempre mediar manifestación expresa y previa de la voluntad por parte de CONFIAMED.

En caso de que sea aprobada esta solicitud de afiliación, el valor cobrado se tendrá como pago anticipado de la tarifa correspondiente al primer período de pago.

Firma y sello ASESOR

Nombre y Apellido:

Código:

Firma Titular

C.I.:

OBSERVACIONES PARA TOMAR EN CUENTA AL MOMENTO DE EMISIÓN: (ESPACIO EXCLUSIVO PARA CONFIAMED).
