



TARJETA DE ENROLAMIENTO CORPORATIVA

Titular: _____

SECCIÓN A- 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			Ciudad
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

SECCIÓN B - 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	

SECCIÓN C - FIRMAS

_____ Firma y sello del Titular	_____ El Afiliado
------------------------------------	----------------------

SECCIÓN D - DECLARACIÓN DE SALUD

¿Ha sido diagnosticado usted o alguno de sus dependientes a 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 genito - urinario; 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 inmuno deficiencia 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?

SECCIÓN E - DETALLE DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS

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

_____ Fecha	_____ El Afiliado
----------------	----------------------