

 SOLICITUD Y FORMULARIO DE ENROLAMIENTO PARA EL USO DE LA COMPAÑÍA Nº											
SOLICITANTE											
NOMBRE O RAZON SOCIAL								CEDULA O RUC			
FECHA DE NACIMIENTO	D	M	A	SEXO	M	F	ESTADO CIVIL	TELEFONO		TELF. CONYUGE	
DIRECCION DOMICILIARIA								CIUDAD			
EMPRESA					OCUPACION						
DIRECCION DE EMPRESA					CIUDAD			TELEFONO			
EMAIL											
DATOS DEL PLAN											
PLAN	LATINA SILVER			COPAGO (%)		AMB X	HOSP X	DEDUCIBLE (\$)	AMB 120	HOSP 150	CUOTA MENSUAL (\$)
LIMITE POR PERSONA			\$ 15.000		TIPO DEDUCIBLE		ANUAL		AMBITO DE LA COBERTURA		LOCAL
AFILIADOS PROPUESTOS											
	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	CEDULA DE IDENTIDAD	SEXO M F		ESTATURA	PESO	PARENTESCO	OCUPACIÓN
TITULAR				D M A							
CONYUGE				D M A							
1				D M A							
2				D M A							
3				D M A							
4				D M A							
DECLARACIONES DE SALUD											
Alguna persona solicitando cobertura ha padecido, ha sido diagnosticada, tratada, medicada, referida para una consulta o ha recibido tratamiento (por favor marcar cada condición)					SI	NO	Si su respuesta es afirmativa, por favor detallar sus diagnósticos, fechas, duración, médicos e instalación médica y cualquier otro dato significativo.				
Problemas del corazón o del sistema circulatorio, dolores de pecho, presión sanguínea alta, angina de pecho, dificultad para respirar, fiebre reumática, defecto cardiaco, enfermedad de las venas, arterias u otro (s) ?											
Enfermedades pulmonares, asma, bronquitis, tos crónica, dolor de garganta, tuberculosis u otra (s) ?											
Trastornos estomacales, intestinales, del hígado, bazo, vesículas páncreas, úlceras, colitis, hemorroides, ictericia u otro (s) ?											
Desórdenes de los riñones, de las vías urinarias, albúmina o sangre en la orina; trastornos de la vejiga u otro (s)											
Trastornos músculo esqueléticos o dolores de espalda, reumatismo, artritis, gota, lumbago, osteoporosis, amputación, deformación u otro (s)											
Cáncer abscesos, tumores, desórdenes sanguíneos tales como anemia, leucemia u otro (s) ?											
Otitis, desviación del tabique nasal, sinusitis u otro (s)											
Trastornos endocrinológicos de la glándula tiroides, bocio, diabetes, azúcar en la sangre, colesterol / triglicéridos altos, u otro (s) ?											
Trastornos menstruales o de las mamas, ovarios, útero, trompas de Falopio, cérvix, vagina u otro (s) ?											
Enfermedades transmitidas sexualmente o el Síndrome de Inmuno deficiencia adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas.											
Enfermedades o desórdenes de los órganos reproductores (hombre o mujer) inflamación de la pelvis, próstata, cesárea o abortos. Enfermedades mentales o trastornos nerviosos ?											
Trastornos de la visión o el oído?											
Convulsiones, epilepsia, ataques, parálisis, trastornos neurológicos de cualquier tipo u otro (s) ?											
Algún aplicante padece a alguna alergia?											
Infecciones como malaria, difteria, escarlatina, u otra (s)											
Ha sido sometido a exámenes de salud o chequeos rutinarios?											
Ha tenido alguna anomalía?											
Ha sido paciente de un hospital, clínica, sanatorio o se encuentra en estado de gestación ?											
Algunos de los aplicantes se le ha recomendado someterse a una intervención quirúrgica que esta pendiente?											
Algún aplicante esta tomando medicamentos prescritos, se encuentra bajo tratamiento o se le ha aconsejado tratamiento a futuro?											
Ha fumado o esta actualmente fumando algún producto derivado al tabaco ?											
Alguna vez ha recibido tratamiento de algún tipo por alguna condición no mencionada anteriormente ?											
Esta actualmente cubierto por otra compañía de seguros ?											
Alguna persona propuesta para asegurarse en esta solicitud tiene la intención de reemplazar o cambiar su seguro?											
Declare enfermedades preexistentes y otras enfermedades que conozca											
CERTIFICACION											
EL PROPUESTO AFILIADO POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICA que cada respuesta y declaración que se encuentre aquí contenida, o que haya sido sometida por escrito junto con esta solicitud, es cierta, completa y correcta en todo aspecto y no se ha omitido ninguna información que a criterio de la Compañía invalide la presente solicitud. RECONOCE Y CONCUERDA QUE: (1) tales respuestas o declaraciones fueron hechas para inducir la emisión de un contrato por la compañía; (2) cualquier respuesta o declaración que no sea verdadera, completa, correcta o que sea engañosa, a opción de la Compañía, puede invalidar la solicitud; (3) las obligaciones de la Compañía estarán limitadas solo a instrumentos por escrito que sean firmados por su Representante Legal y, ninguna promesa o declaración hecha hacia o por vendedor u otra persona comprometerá o constituirá obligación de la Compañía; (4) la aceptación de cualquier contrato emitido constituye aceptación y ratificación de todas estipulaciones de la misma, incluyendo, sin limitación cualquier cambio anotado por la Compañía en las condiciones especiales del contrato; (5) aún cuando el pago completo de la cuota inicial sea recibido por la Compañía junto con esta solicitud, no existe ningún contrato de prestación servicios de salud y medicina prepagada o cobertura hasta que el contrato sea entregado al propuesto afiliado, (6) si el pago completo de la cuota inicial es recibido por la Compañía junto con esta solicitud, y la misma no es aceptada, responsabilidad de la Compañía se limita a realizar la devolución del valor receptado.											
SOLICITANTE			AFILIADO TITULAR C.I.:			ASESOR CÓDIGO C.I.:			CIUDAD Y FECHA		

EL DILIGENCIAMIENTO DEL PRESENTE FORMULARIO NO EXIME LA OBLIGACIÓN DE LA ENTREGA DEL DOCUMENTO ORIGINAL DEBIDAMENTE FIRMADO POR EL SOLICITANTE Y EL(LA) PROPUESTO(A) AFILIADO(A)