

Señores Saludsa,

Yo _____, con documento de identidad número _____, en mi calidad de Titular del Contrato de Prestación de Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada de SALUDSA número _____, adjunto los documentos detallados a continuación para que Saludsa pueda procesar el pago y la revisión de los mismos.

	Formulario Declaración de Preexistencias
	Formulario Información Médica de importancia
	Copia de documento de identidad del titular del contrato
	Formulario Servicios adicionales en caso de contratarlos
	Formulario Débito bancario
	Copia de documento de identidad del dueño de la cuenta
	Recibo de pago 1era cuota
	Facturas y/o certificado emitido por la empresa de medicina prepagada o seguros en caso de levantamiento de carencias
	Copia de RUC
	Nombramiento y copia de cédula del Representante legal de la empresa
	Carta de la empresa, certificando que está pagando las cuotas del Producto
	Certificados de unión de hecho y/o partida de nacimiento
	Planilla de servicios básicos
	Copia del carnet de discapacidad vigente en caso de aplicar
	Otros, especifique:

Con la suscripción del presente documento, declaro que he tenido acceso y he revisado el contrato y sus anexos de manera íntegra por lo tanto acepto todas las condiciones contractuales contenidas en dichos documentos.

De igual manera, autorizo a SALUDSA a que: administre, capture, recolecte, trate, procese, opere, verifique, transmita, y/o almacene, tanto mi información personal y confidencial, como la de mis beneficiarios que pueda ser proporcionada por cualquier medio, durante el proceso de suscripción y/o durante la vigencia del contrato. Asimismo, autorizo a que SALUDSA comparta y/o entregue esta información a sus proveedores, prestadores de servicios, aliados y socios comerciales y/o intermediarios, a fin de que todos los usuarios de mi contrato puedan acceder a los distintos beneficios y servicios que confiere el mismo. Estoy consciente que esta autorización y utilización de la información anteriormente detallada se extiende a dichos terceros.

Por lo tanto, declaro que he recibido en mi correo electrónico, _____ los términos y condiciones del contrato y anexos que respalda esta suscripción, así como la declaración de uso de información. Para tal efecto, reconozco que es mi obligación revisar y aceptar la documentación enviada, de manera complementaria a la firma de este instrumento. En caso de no hacerlo, declaro que la suscripción de este documento contiene mi voluntad de iniciar una relación contractual con Saludsa y autorizar el uso de mi información con la finalidad de brindar efectiva y oportunamente el servicio contratado.

Adicionalmente, conozco que la fecha de inicio de vigencia del contrato, será la fecha que se hace efectivo el pago en Saludsa.

Atentamente,

Titular

CC:

Para uso interno de Saludsa

Producto: _____

Fecha de suscripción:		Código vendedor:	
Nombre de vendedor:		Firma validación:	

1. Precio Cotizado \$:		6. Seguro Campesino:	
2. Total Condiciones Especiales:		7. Total Cuota Mensual:	
3. Gasto Administrativo:		8. + Gasto de Emisión:	
4. Subtotal:		9. Seguro Campesino por Gasto de Emisión:	
5. Descuento____%:		10. Total Primera Cuota Sumar (7+8+9):	