

Número de contrato: _____ Nombre de Usuario: _____ Cédula: _____

Servicios Adicionales

Datos generales afiliado (Titular 1)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
Fecha de nacimiento	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>
Fecha inicio de póliza	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>
Cédula de identidad	<input type="text"/>		

Muerte accidental

NIVELES	<input type="checkbox"/> Nivel 3	<input type="checkbox"/> Nivel 4	<input type="checkbox"/> Nivel 5	<input type="checkbox"/> Nivel 6	<input type="checkbox"/> Nivel 7	<input type="checkbox"/> Nivel 8	<input type="checkbox"/> Nivel 10
MONTO ASEGURADO	\$ 29.000	\$ 36.000	\$ 55.000	\$ 70.000	\$ 80.000	\$ 90.000	\$ 120.000

Beneficiarios	%	Parentesco	Tutor (legalmente designado)

Enfermedades graves

NIVELES	<input type="checkbox"/> Nivel 3	<input checked="" type="checkbox"/> Nivel 4	<input type="checkbox"/> Nivel 5	<input type="checkbox"/> Nivel 6	<input checked="" type="checkbox"/> Nivel 7	<input type="checkbox"/> Nivel 8	<input type="checkbox"/> Nivel 10
MONTO ASEGURADO	\$ 3.500	\$ 4.500	\$ 5.000	\$ 5.500	\$ 7.000	\$ 7.500	\$ 8.000

Beneficiarios Adicionales (nombres y apellidos) OPCIONAL

Datos generales afiliado (Titular 2)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
Fecha de nacimiento	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>
Fecha inicio de póliza	DÍA <input type="text"/> <input type="text"/>	MES <input type="text"/> <input type="text"/>	AÑO <input type="text"/> <input type="text"/>
Cédula de identidad	<input type="text"/>		

Muerte accidental

NIVELES	<input type="checkbox"/> Nivel 3	<input type="checkbox"/> Nivel 4	<input type="checkbox"/> Nivel 5	<input type="checkbox"/> Nivel 6	<input checked="" type="checkbox"/> Nivel 7	<input type="checkbox"/> Nivel 8	<input type="checkbox"/> Nivel 10
MONTO ASEGURADO	\$ 29.000	\$ 36.000	\$ 55.000	\$ 70.000	\$ 80.000	\$ 90.000	\$ 120.000

Beneficiarios	%	Parentesco	Tutor (legalmente designado)

* Estos servicios adicionales son ofrecidos por SALUDSA sin embargo la prestación efectiva de los mismos corresponde a cada uno de los prestadores.

Para constancia se firma en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ de _____

Firma del Titular

Nombre y firma Broker

Firma del ASEGURADO 2