

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 DEL TITULAR 1

NOMBRES Y APELLIDOS											
C.I. <input type="checkbox"/>	N°.		FECHA DE NACIMIENTO			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						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"/>		

### 1.1.- INFORMACIÓN TITULAR EXTRANJERO

NACIONALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE:	FECHA CADUCIDAD PASAPORTE:	ESTADO MIGRATORIO:	FECHA DE INFRESO AL PAÍS:
--------------	------------------------------------	----------------------------	--------------------	---------------------------

### 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?
--	-----------------------------	-----------------------------	--------

### 1.2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO Y VALOR DE CUOTA DEL SEGURO

PLAN	<input type="checkbox"/> \$5.000	<input type="checkbox"/> \$10.000	FRECUENCIA DE PAGO	<input type="checkbox"/> MENSUAL	<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL	<input type="checkbox"/> SEMESTRAL	<input type="checkbox"/> ANUAL	CUOTA TOTAL A PAGAR USD:
------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	--------------------------

### 2.- INFORMACIÓN DEL TITULAR 2

NOMBRES Y APELLIDOS											
C.I. <input type="checkbox"/>	N°.		FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL	SOLTERO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>	ESTATURA	CM.
RUC <input type="checkbox"/>							CASADO <input type="checkbox"/>	UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>		PESO	KG.
PAS. <input type="checkbox"/>							DIVORCIADO <input type="checkbox"/>				
OCUPACIÓN						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"/>		

### 2.1.- INFORMACIÓN TITULAR EXTRANJERO

NACIONALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE:	FECHA CADUCIDAD PASAPORTE:	ESTADO MIGRATORIO:	FECHA DE INFRESO AL PAÍS:
--------------	------------------------------------	----------------------------	--------------------	---------------------------

### 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?
--	-----------------------------	-----------------------------	--------

### 2.2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO Y VALOR DE CUOTA DEL SEGURO

PLAN	<input type="checkbox"/> \$5.000	<input type="checkbox"/> \$10.000	FRECUENCIA DE PAGO	<input type="checkbox"/> MENSUAL	<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL	<input type="checkbox"/> SEMESTRAL	<input type="checkbox"/> ANUAL	CUOTA TOTAL A PAGAR USD:
------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	--------------------------

### 3.- INFORMACIÓN DEL TITULAR 3

NOMBRES Y APELLIDOS											
C.I. <input type="checkbox"/>	N°.		FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	ESTADO CIVIL	SOLTERO <input type="checkbox"/>	VIUDO <input type="checkbox"/>	ESTATURA	CM.
RUC <input type="checkbox"/>							CASADO <input type="checkbox"/>	UNIÓN LIBRE <input type="checkbox"/>		PESO	KG.
PAS. <input type="checkbox"/>							DIVORCIADO <input type="checkbox"/>				
OCUPACIÓN						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"/>		

### 3.1.- INFORMACIÓN TITULAR EXTRANJERO

NACIONALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE:	FECHA CADUCIDAD PASAPORTE:	ESTADO MIGRATORIO:	FECHA DE INFRESO AL PAÍS:
--------------	------------------------------------	----------------------------	--------------------	---------------------------

### 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?
--	-----------------------------	-----------------------------	--------

### 3.2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO Y VALOR DE CUOTA DEL SEGURO

PLAN	<input type="checkbox"/> \$5.000	<input type="checkbox"/> \$10.000	FRECUENCIA DE PAGO	<input type="checkbox"/> MENSUAL	<input type="checkbox"/> TRIMESTRAL	<input type="checkbox"/> SEMESTRAL	<input type="checkbox"/> ANUAL	CUOTA TOTAL A PAGAR USD:
------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	--------------------------

### 4.- DETALLE DE FACTURACIÓN

NOMBRE COMPLETO:			
C.I. / RUC:	TELF.:	CEL.:	
E-MAIL:	CIUDAD:		
DIRECCIÓN:			
<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, sinusitis, rinitis, amigdalitis crónica, hipertrofia de adenoides, bronquitis, neumonía, enfermedad pulmonar u otras enfermedades del sistema respiratorio?		
2.- ¿Dolor en el pecho, hipertensión arterial, arritmias, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos, trastornos de las válvulas del corazón u otras enfermedades cardíacas?		
3.- ¿Várices, insuficiencia venosa, trombosis, trastornos de la sangre u otras enfermedades del sistema circulatorio?		
4.- ¿Epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, cefaleas /migrañas, accidente cerebro vascular, parálisis u otras enfermedades del sistema nervioso?		
5.- ¿Trastorno mental, psiquiátrico o de la conducta?		
6.- ¿ Enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga, próstata, vías urinarias, órganos de reproducción u otras enfermedades del sistema excretor?		
7.- ¿ Enfermedades o desórdenes de la piel, quistes, acné, lunares que hayan cambiado de forma, tamaño y/o color?		
8.- ¿Diabetes, trastorno de la glándula tiroidea, suprarrenal, hipófisis, gota, alteración de los lípidos u otras enfermedades del sistema endocrino?		
9.- ¿ Trastornos del estómago, esófago, intestino, hígado, páncreas, vesícula biliar, recto o ano, apendicitis, diarreas crónicas o estreñimiento frecuente otro desorden del sistema digestivo?		
10.- ¿ Trastornos de la columna vertebral (cervical, dorsal, lumbar), huesos, articulaciones, músculos, ligamentos, meniscos, tendones u otras enfermedades del sistema osteoarticular?		
11.- ¿Hernia de cualquier tipo?		
12.- ¿ Algunas enfermedades o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?		
13.- ¿ Alergia de tipo dermatológica, respiratoria, alimentaria, medicamentosa, etc?		
14.- ¿ Trastornos menstruales, secreciones vaginales frecuentes, enfermedades del útero, ovarios senos?		
15.- ¿ Trastornos del aparato genital, enfermedades de transmisión sexual?		
16.- ¿ Accidentes, lesiones, deformidades o amputación, colocación de prótesis?		
17.- ¿ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)?		
18.- ¿ Cáncer o tumores de cualquier tipo?		
19.- ¿Trastornos o enfermedades autoinmunes?		
20.- Si es mujer: ¿ Se encuentra usted en estado de gestación (embarazo)?		
21.- ¿ Fuman cigarrillos u otros productos derivados del tabaco?. En caso de ser afirmativo, ¿Qué cantidad al día? (Indique cuántos)		
22.- ¿ Consume drogas u otras sustancias psicotrópicas?		
23.- ¿ Presenta algún tipo de discapacidad calificada por el CONADIS?		

### 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			
		DESDE	HASTA			
		DESDE	HASTA			
		DESDE	HASTA			
		DESDE	HASTA			
		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 CONFIAMED S.A. 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 Titular 1

C.I.: .....

Firma Titular 2

C.I.: .....

Firma y sello ASESOR

Nombre y Apellido: .....

Código: .....

Firma Titular 3

C.I.: .....

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

---



---



---