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

Vida individual

Datos generales afiliado (Titular 1)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

Fecha de nacimiento	DÍA	MES	AÑO	Fecha inicio de póliza	DÍA	MES	AÑO
---------------------	-----	-----	-----	------------------------	-----	-----	-----

Cédula de identidad

NIVELES	☐ Nivel 3	☐ Nivel 4	☐ Nivel 5	☐ Nivel 6	☐ Nivel 7	☐ Nivel 8	☐ Nivel 10	☐ Extra 1	☐ Extra 2	☐ Extra 3	☐ Extra 4
---------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

MONTO ASEGURADO	\$6.500	\$8.100	\$12.400	\$15.700	\$18.000	\$20.200	\$26.900	\$5.600	\$16.800	\$22.400	\$56.000
-----------------	---------	---------	----------	----------	----------	----------	----------	---------	----------	----------	----------

a) Padece de alguna enfermedad, pérdida funcional o anatómica, se encuentra bajo algún tratamiento médico actualmente o está tomando, aplicando, o utilizando medicina? SI NO

Explique _____

b) Sufre o ha sufrido trastornos cardiovasculares, trastornos renales, tensión arterial alta, derrame cerebral, cáncer, tumores, diabetes, epilepsia, asma, trastornos inmunológicos o padecimientos con el sida / VIH? SI NO

Explique _____

c) Ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación, sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? SI NO

Explique _____

Beneficiarios	%	Parentesco	Tutor (legalmente designado)

Datos generales afiliado (Titular 2)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
------------------	------------------	---------

Fecha de nacimiento	DÍA	MES	AÑO	Fecha inicio de póliza	DÍA	MES	AÑO
---------------------	-----	-----	-----	------------------------	-----	-----	-----

Cédula de identidad

NIVELES	☐ Nivel 3	☐ Nivel 4	☐ Nivel 5	☐ Nivel 6	☐ Nivel 7	☐ Nivel 8	☐ Nivel 10	☐ Extra 1	☐ Extra 2	☐ Extra 3	☐ Extra 4
---------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

MONTO ASEGURADO	\$6.500	\$8.100	\$12.400	\$15.700	\$18.000	\$20.200	\$26.900	\$5.600	\$16.800	\$22.400	\$56.000
-----------------	---------	---------	----------	----------	----------	----------	----------	---------	----------	----------	----------

a) Padece de alguna enfermedad, pérdida funcional o anatómica, se encuentra bajo algún tratamiento médico actualmente o está tomando, aplicando, o utilizando medicina? SI NO

Explique _____

b) Sufre o ha sufrido trastornos cardiovasculares, trastornos renales, tensión arterial alta, derrame cerebral, cáncer, tumores, diabetes, epilepsia, asma, trastornos inmunológicos o padecimientos con el sida / VIH? SI NO

Explique _____

c) Ha padecido accidentes que impidan desempeñar labores propias de su ocupación, sabe si será hospitalizado o intervenido quirúrgicamente? SI NO

Explique _____

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