

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

SOLICITUD

Ciudad DD MM AAAA

VIGENCIA
(válido hasta)

Ciudad DD MM AAAA

INFORMACIÓN DEL TITULAR

Tipo de documento PAS CI RUC Número:

Primer apellido Segundo apellido Primer nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento DD/MM/AAAA Género F M

Estado civil: Casado Viudo Unión de hecho Soltero Divorciado

Nacionalidad:

Dirección residencia:

Ciudad:

E-mail:

Celular:

Teléfono de oficina: Otro:

Valor a pagar: \$

Dirección oficina:

Empresa:

Cargo:

Nombre de plan:

Modalidad contratante: T T+1 T+F

CUENTA DEL TITULAR PARA ACREDITACIÓN DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

BANCO: Número de cuenta: Ahorros Corriente

INFORMACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS

Nº	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AAAA	PARENTESCO	GÉNERO FEM/MAS	NACIONALIDAD
0						
1						
2						
3						
4						
5						

INFORMACIÓN DE EMPRESA CONTRATANTE O AFILIADO

Razón social /nombre: RUC/ Pasaporte/CI:

Dirección: Ciudad: Teléfono:

Contacto: E-mail:

¿Viene de otro seguro de medicina prepagada? SI NO

¿Cuál?

Nacionalidad:

BRÓKER CÓDIGO:

FIRMA PROASSISLIFE S.A. Y REPRESENTANTE LEGAL

TITULAR: FIRMA Y C.I.

DECLARACIÓN DE SALUD (TITULAR, CONYUGE E HIJOS)

¿Ha sido diagnosticado usted o alguno de sus dependientes con alguna enfermedad, están recibiendo tratamiento actualmente o lo han recibido alguna vez?

1. Cualquier enfermedad neurológica, respiratoria, gastrointestinal, endocrinológica o genito-urinario u osteomuscular/ inmunodeficiente
2. Cualquier tipo de quistes, tumores o cáncer
3. ¿Ha tenido una cirugía o se ha hospitalizado por alguna causa?
4. ¿Le han rechazado o aceptado en condiciones especiales alguna solicitud para póliza de salud, vida o accidente?
5. ¿Está embarazada actualmente? (Afiliado, cónyuge o conviviente legal)
6. ¿Ha sido diagnosticado con cualquier otra enfermedad que no se ha descrito en las preguntas anteriores?

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DETALLE DE RESPUESTAS AFIRMATIVAS

NOMBRE DE LA PERSONA	FECHA DE DIAGNÓSTICO	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	LUGAR DE TRATAMIENTO	MÉDICO QUE APLICÓ EL TRATAMIENTO

NOMBRE Y APELLIDO DEL BENEFICIARIO	DIAGNÓSTICO	DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD	TRATAMIENTO	NOMBRE DEL MÉDICO	TELÉFONO DEL MÉDICO

Observaciones de Auditoría Médica:

.....

.....

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.
- La compañía de medicina prepagada, PROASSISLIFE, 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 efectuar la emisión del contrato con respecto alguno o a todos los dependientes , al comprobar que la declaración no corresponde total o parcialmente al verdadero estado de salud.
- Autorizo a PROASSISLIFE solicitar en cualquier momento al médico o profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar, y a estos para otorgar a PROASSISLIFE S.A. las copias certificadas de la historia clínica o culaquier 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 PROASSISLIFE 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 PROASSISLIFE. S.A. En caso de que sea aprobada esta solicitud de afiliación, el valor cobrado se tendrá como pago anticipado de la tarifa correspondiente al primer periodo de pago .