



FORMULARIO DE ENROLAMIENTO

SOLICITUD No.

ANTECEDENTES

No. CONTRATO	No. CERTIFICADO	No. DEPENDIENTE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS DEL CONTRATANTE

SOLO GRUPALES O CORPORATIVOS SI NO
 No. RUC RAZÓN SOCIAL (CONTRATANTE) CON CRÉDITO HOSPITALARIO
 TELÉFONO TELÉFONO

NOMBRE DEL BROKER

DATOS DEL TITULAR

APELLIDOS	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES	C.I.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO	CIUDAD	DIRECCIÓN	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	TELÉFONO	SECTOR O BARRIO	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DIRECCIÓN DEL TRABAJO	CIUDAD	DIRECCIÓN	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	TELÉFONO	NOMBRE DE LA EMPRESA	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>			

TIPO DE CONTRATO:

- Individual
- Grupal
- Corporativo

TIPO DE CONTRATO:

- Venta nueva
- Inclusión de Dependientes
- Inclusión de nuevo empleado

MODALIDAD:

- Titular Solo
- Titular + 1
- Titular + familia

CIUDAD

**DATOS DEL PLAN:
MONTO COBERTURA**

US \$
 Son:

DATOS DEL TITULAR Y DEPENDIENTES

NO.	C.I. Pasaporte	Apellidos	Nombres	Fecha de Nacimiento	edad	Sexo	Est. Civil
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PRIVILEGIO Medicina Prepagada se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud, la misma que de ser aceptada pasará a formar parte del contrato de Asistencia Médica.

TITULAR SOLO USD
 Titular + Uno USD
 Titular + Familia USD

Fecha

Firma del contratante (Titular)

1.- 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 psicoactivas?		
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			
		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 PRIVILEGIO 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 PRIVILEGIO solicitar en cualquier momento al médico o profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar, y a estos para otorgar a PRIVILEGIO 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 PRIVILEGIO 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 PRIVILEGIO.

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 y sello ASESOR

Nombre y Apellido:

Código:

Firma Titular

C.I.:

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