

Planilla de Afiliación

1. PLAN ADMINISTRADO ACCIDENTES PERSONALES FUNERARIO ODONTOLOGICO VIDA

2. Datos generales

2.1 Nombre del contratante: _____ 2.2 Plan a ser afiliado _____
2.3 Tipo de movimiento: Inclusión Exclusión Cambio de plan Modificación Corrección de datos

3. Datos del afiliado titular

3.1 Apellidos y nombres del afiliado titular _____ 3.2 C.I. _____ 3.3 Ocupación: _____
3.4 Fecha de nacimiento: _____ 3.5 Estatura (mts): _____ 3.6 Peso (Kg) _____ 3.7 Sexo: M F 3.8 Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Concubino(a)

3.9 Dirección de habitación / afiliado titular: _____ 3.10 Urbanización: _____

3.11 Ciudad: _____ 3.12 Municipio: _____ 3.13 Estado: _____

3.14 Teléfono habitación: _____ 3.15 Celular: _____ 3.16 e-mail: _____

3.17 ¿Se encuentra usted amparado por otro producto H.C.M.? Si No Especifique: _____ 3.18 Titular o cónyuge embarazada actualmente: Si No

3.19 Datos de la cuenta nómina: Banco: _____ Tipo de cuenta: _____ N° de cuenta: _____

4. Afiliados familiares

N°	Apellidos y nombres	C.I.	Fecha Nacimiento	Sexo	Estatura (mts.)	Peso (Kg)	Parentesco
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

5. Enfermedades pre-existentes y/o congénitas

N°	Apellidos y nombres	Tipo de Padecimiento	Tipo de tratamiento o intervención quirúrgica	Fecha

5.1 Complete la siguiente declaración de salud en todas sus partes contestando Si o No	Número del solicitante							
	Titular	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
1. ¿Se le ha practicado alguna intervención quirúrgica?								
2. ¿Tiene prevista alguna intervención quirúrgica y/u hospitalización?								
3. ¿Ha consultado o ha estado en tratamiento médico por algún síntoma o enfermedad transitoria o defecto físico?								
4. ¿Padece usted de alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto físico?								
5. ¿Algún familiar cercano de las personas a ser afiliadas ha padecido o padece de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental?								
6. ¿Alguna de las personas a asegurar fuma o dejó el hábito de fumar?								

5.2 En caso de ser afirmativa alguna de las respuestas anteriores, explique en detalle: Nombre de la persona, fecha, tipo de tratamiento o intervención efectuada y médico tratante.

Nombre y Apellido del beneficiario en caso de muerte del afiliado titular:	Cédula de identidad / Rif:	% de participación:

*** Consignar copia de la cedula de identidad del o los beneficiarios en caso de muerte del afiliado titular.**

Yo, el solicitante:

- Declaro que la información proporcionada en la presente solicitud, que formará parte integrante del plan, es enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones ni ocultado intencionalmente información necesaria.
- Doy fe que estoy enterado de las exclusiones y plazos de espera.
- Autorizo a todos los médicos tratantes y a las clínicas que me (nos) han atendido clínicamente para dar información acerca, de mis (nuestras) enfermedades pasadas, presentes o que pueda padecer, estado físico e historia clínica y a la vez mediante este acto los relevo de guardar secreto médico.

Firma y huella del afiliado titular	Firma y sello del contratante	Firma del intermediario
Nombre del asesor:		
Código N°		
Lugar y fecha:		

Para ser llenado por el contratante

Plan:	Plazos de espera:	Si	No
Localidad:	Filial:		
Fecha de ingreso a la empresa:	Código empleado:		

Firma y sello de la contratante.

Instrucciones de llenado

1.- **PLAN ADMINISTRADO:** Selección de acuerdo al tipo de plan que corresponda.

2.- DATOS GENERALES

- 2.1 Coloque el nombre de la empresa contratante del servicio
- 2.2 Coloque el plan designado por la empresa
- 2.3 Seleccione de acuerdo al tipo de movimiento que aplique

3.- DATOS DEL AFILIADO TITULAR

- 3.1 Coloque apellidos y nombre del afiliado titular
- 3.2 Coloque el número de la cédula de identidad del afiliado titular
- 3.3 Explique cuál es su oficio u ocupación
- 3.4 Fecha de nacimiento del afiliado titular
- 3.5 Estatura del afiliado titular
- 3.6 Peso del afiliado titular
- 3.7 Seleccione el sexo que corresponde
- 3.8 Seleccione el estado civil que corresponde
- 3.9 Coloque la dirección de la habitación del afiliado titular.
- 3.10 Complete este campo con la información del punto 3.9
- 3.11 Complete este campo con la información del punto 3.9
- 3.12 Complete este campo con la información del punto 3.9
- 3.13 Complete este campo con la información del punto 3.9
- 3.14 Coloque el número telefónico de la empresa contratante
- 3.15 Coloque el número celular del afiliado titular

- 3.16 Coloque el correo electrónico del afiliado titular (personal / institucional)
 - 3.17 Seleccione la opción que corresponda, en caso de ser afirmativo, especifique
 - 3.18 Indique si la titular o conyugue se encuentra embarazada actualmente
 - 3.19 Coloque el nombre de la institución bancaria de su cuenta nómina
 - 3.20 Coloque el tipo de cuenta bancaria
 - 3.21 Coloque el número de su cuenta nómina
- 4.- AFILIADOS FAMILIARES**
 Coloque apellidos, nombres, cédula de identidad, fecha de nacimiento, sexo, estatura, peso y parentesco de los familiares a afiliar.
- 5. ENFERMEDADES PRE-EXISTENTES Y/O CONGÉNITAS**
 De acuerdo al orden de los datos colocados en el campo 4.1 complete la siguiente información: tipo de padecimiento, tipo de tratamiento o intervención quirúrgica realizada y fecha del diagnóstico o padecimiento.
- 5.1 De acuerdo al orden de los datos colocados en el campo 4.1 responda las preguntas en su totalidad contestando SI o NO.
 - 5.2 De acuerdo al orden de los datos colocados en el campo 4.1 y de ser afirmativa alguna pregunta del punto 5.2, explique en detalle iniciando con el titular (cuando aplique) nombre y apellido, fecha, tipo de tratamiento o intervención efectuada, médico o centro hospitalario.