

## SOLICITUD PRINCIPAL DE ASISTENCIA MÉDICA

TRAMITE: NUEVO  INCLUSIÓN DE BENEFICIARIO  INCLUSIÓN DE COBERTURA  FECHA DE VENTA: \_\_\_\_\_  
 CONTRATO: INDIVIDUAL  FAMILIAR  POOL  CORPORATIVO  FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_  
 PLAN: \_\_\_\_\_ AGENTE VENDEDOR: \_\_\_\_\_  
 TIENE OTROS PLANES DE SALUD: \_\_\_\_\_ EMPRESA: \_\_\_\_\_ LÍMITE: \_\_\_\_\_

### DATOS PERSONALES:

EMPRESA: \_\_\_\_\_ RUC: \_\_\_\_\_  
 APELLIDOS Y NOMBRES DEL SOLICITANTE: \_\_\_\_\_  
 SEXO: M:  F:  FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CÉDULA: \_\_\_\_\_  
 ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN TRABAJO: \_\_\_\_\_  
 CIUDAD: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DOMICILIO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO TRABAJO: \_\_\_\_\_

### DATOS BENEFICIARIOS:

Dependiente: cónyuge o compañera (o) permanente e hijos solteros menores de 18 años o hasta los 22 años si son económicamente dependientes.

Nº	APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS	FECHA DE NACIMIENTO			SEXO	PARENTESCO	C.I.
			DÍA	MES	AÑO			
T								
D1								
D2								
D3								
D4								
D.A								

TOTAL CONTRATO:

US \$ \_\_\_\_\_

### COBERTURAS ADICIONALES:

Nº	COBERTURAS Y MONTOS			COSTO COBERTURAS			TOTAL
	O.	R.H.	M.A.	O.	R.H.	M.A.	
T							
D1							
D2							
D3							
D4							
DA							

TOTAL COBERTURAS ADICIONALES:

US \$ \_\_\_\_\_

CONTRIBUCION SEGURO CAMPESINO:

US \$ \_\_\_\_\_

GASTOS DOCUMENTACIÓN:

US \$ \_\_\_\_\_

TARJETAS ADICIONALES:

US \$ \_\_\_\_\_

TOTAL CONTRATO:

US \$ \_\_\_\_\_

Son: \_\_\_\_\_ Dólares

### FORMA DE PAGO:

<b>VENTA:</b> EFECTIVO: <input type="checkbox"/> CHEQUE: <input type="checkbox"/> TARJETA DE CRÉDITO: <input type="checkbox"/> INSTITUCIÓN: _____ N.-CTA/TAR: _____ N.- CHEQUE: _____ EXPIRA: _____ CVV: _____	<b>COBRANZA:</b> DEBITO AUTOMATICO: BANCARIO: <input type="checkbox"/> TARJETA DE CREDITO: <input type="checkbox"/> LUGAR DE COBRO: TRABAJO: <input type="checkbox"/> DOMICILIO <input type="checkbox"/> OTROS: <input type="checkbox"/> DIRECCION DE COBRO: _____ _____
--	--

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

FIRMA SOLICITANTE: \_\_\_\_\_ FIRMA AGENTE VENDEDOR: \_\_\_\_\_