



SOLICITUD PRINCIPAL DE ASISTENCIA MÉDICA

SOLICITANTE

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL							CÉDULA O RUC			
FECHA DE NACIMIENTO	D	M	A	SEXO	M	F	ESTADO CIVIL	S	C	UL
DIRECCION DOMICILIO							TELEFONO	casa	celular	
EMPRESA							OCUPACION			
DIRECCION DE LA EMPRESA							CIUDAD			

DATOS BENEFICIARIOS

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

No.	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO	SEXO		CEDULA DE IDENTIDAD
TITULAR				D	M	A		M	F	
1				D	M	A		M	F	
2				D	M	A		M	F	
3				D	M	A		M	F	
4				D	M	A		M	F	
5				D	M	A		M	F	

TIPO DE CONTRATO

INDIVIDUAL	FAMILIAR	POOL	CORPORATIVO
------------	----------	------	-------------

FECHA DE VENTA
DD / MM / AA

FECHA DE INICIO:
DD / MM / AA

AGENTE:
CODIGO

PLAN:

COBERTURAS ADICIONALES

No.	COSTO COBERTURAS						TOTAL:
	RENDA HOSPITALARIA	VALOR	SEGURO DE VIDA	VALOR	SERVICIO EXEQUIAL	VALOR	
TITULAR		\$		\$		\$	\$
1		\$		\$		\$	\$
2		\$		\$		\$	\$
3		\$		\$		\$	\$
4		\$		\$		\$	\$
5		\$		\$		\$	\$

VALOR NETO CONTRATO	US\$
CONTRIBUCION SEGURO CAMPESINO	US\$
GASTOS ADMINISTRATIVOS	US\$

TOTAL COBERTURAS ADICIONALES	US\$
TARJETAS ADICIONALES	US\$
TARJETAS ABF	US\$

TOTAL CONTRATO	US\$
----------------	------

FIRMA SOLICITANTE _____

FIRMA AGENTE VENDEDOR _____