

Nueva  Actualización de datos  Cambio de plan

Ciudad  Fecha de Solicitud  DD / MM / AAAA Fecha Inicio Vigencia  DD / MM / AAAA Contrato N°  Certificado N°

Broker/Agente

**DATOS DE CONTRATANTE**

NOMBRE COMPLETO:	<input type="text"/>		
CI/RUC:	<input type="text"/>		
EMAIL:	<input type="text"/>		
DIRECCIÓN:	<input type="text"/>	TELÉFONO:	<input type="text"/>
CELULAR:	<input type="text"/>	CIUDAD:	<input type="text"/>

**1.- INFORMACIÓN DEL TITULAR**

NOMBRES Y APELLIDOS:										
RUC		N°	FECHA DE NACIMIENTO	DD / MM / AAAA	GÉNERO	M F	ESTADO CIVIL	SOLTERO	VIUDO	
CI								CASADO	UNIÓN	
OTRO								DIVORCIADO	LIBRE	
OCUPACIÓN:							EMAIL: <input type="text"/>			
CIUDAD Y DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:							TELÉFONO CELULAR: <input type="text"/>		TELÉFONO: <input type="text"/>	
CIUDAD Y DIRECCIÓN DE TRABAJO:							DIRECCIÓN ENVÍO DE CORRESPONDENCIA: TRABAJO <input type="checkbox"/> RESIDENCIA <input type="checkbox"/>			

**1.1.- INFORMACIÓN TITULAR EXTRANJERO**

NACIONALIDAD	<input type="text"/>	ESTADO MIGRATORIO	<input type="text"/>
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE	<input type="text"/> DD / MM / AAAA	FECHA DE CADUCIDAD PASAPORTE	<input type="text"/> DD / MM / AAAA
		FECHA DE INGRESO AL PAÍS	<input type="text"/> DD / MM / AAAA

**1.2.- CUENTA DEL TITULAR PARA ACREDITACIÓN DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE**

BANCO	<input type="text"/>	N° CUENTA	<input type="text"/>	CTA. AHORROS <input type="checkbox"/>	CTA. CORRIENTE <input type="checkbox"/>
NOMBRE DUEÑO DE LA CUENTA	<input type="text"/>	NÚMERO DE CÉDULA	<input type="text"/>		

VIENE DE OTRO SEGURO DE MEDICINA PREPAGADA

SI   
NO  ¿CUÁL?

**2.- INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES**

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> DD / MM / AAAA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> DD / MM / AAAA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> DD / MM / AAAA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> DD / MM / AAAA	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> DD / MM / AAAA	<input type="text"/>

**3.- INFORMACIÓN DEL CONTRATO Y VALOR DE PRIMA**

NOMBRE DEL PLAN	<input type="text"/>	FRECUENCIA DE PAGO	<input type="text"/>	MODALIDAD	<input type="text"/>	CUOTA TOTAL A PAGAR	<input type="text"/>	
		MENSUAL <input type="checkbox"/>	TRIMESTRAL <input type="checkbox"/>	SEMESTRAL <input type="checkbox"/>	ANUAL <input type="checkbox"/>	TS <input type="checkbox"/>	T+1 <input type="checkbox"/>	T+F <input type="checkbox"/>

**4.- DETALLE DE FACTURACIÓN**

NOMBRE COMPLETO:	<input type="text"/>		
CI/RUC:	<input type="text"/>		
EMAIL:	<input type="text"/>		
DIRECCIÓN:	<input type="text"/>	TELÉFONO:	<input type="text"/>
CELULAR:	<input type="text"/>	CIUDAD:	<input type="text"/>

## 5.- 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, hipótesis, 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 u 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 osteocartilaginoso?		
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 de los órganos de reproducción, enfermedades de transmisión sexual?		
16.- ¿Accidentes, fracturas, 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? tales como: artritis reumatoide, psoriasis, lupus Eritematoso, síndromes antifosfolípidos, esclerosis múltiple etc.		
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.- ¿Consumo drogas u otras sustancias psicotrópicas?		
23.- ¿Presenta algún tipo de discapacidad calificada por el Conadis?		
24.- ¿Presenta alguna otra patología no descrita en esta declaración?		
25.- ¿Diagnóstico de COVID 19?		

## PROPORCIONAR DETALLES DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS DEL PUNTO ANTERIOR

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA	ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE	DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE		TRATAMIENTO Y/O CIRUGÍA	NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE	TELÉFONO DEL MÉDICO TRATANTE
		DESDE	HASTA			

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 CONFIAMED S.A., medicina prepagada, se reserva el derecho de comprobar en cualquier tiempo si el contenido de este documento corresponde 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 CONFIAMED solicitar en cualquier momento al médico o profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar, y a estos para otorgar a CONFIAMED 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 CONFIAMED 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 CONFIAMED.

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 Afiliado  
C.I .....  
.....