

SOLICITUD MI SALUD



1. Datos del cor	ntratante					
Nombre complete	D:	Cédula	Cédula de identidad:			
Dirección:						
	Ciudad:		Tel. Domicilio:			
Celular:	Cto. De emergen	cia:	Teléfono:			
Lugar de trabajo:		E-mail:				
Tel. Oficina:		Ocupación / Actividad:				
Fecha nac.:	Edad:	Estatura:	Pe	so: IMC:		
2. Datos del ase	egurado titular					
Nombre complete	D:	Cédula	de identidad:			
Dirección:						
	Ciudad:		1011 201111011101			
	Cto. De emergen		Teléfono:			
Lugar de trabajo:						
Tel. Oficina:		Ocupación / Actividad:				
Fecha nac.:	Edad:	Estatura:	Pe	so: IMC:		
3. Datos del dep	pendiente					
Nombre complete	0	Fecha nac.	Edad	Estatura	Peso	
4 Dates edicion						
4. Datos adicionation de la Tiene o ha tenio	do seguro/plan médico? Si	□ No □ Nombr	e del plan/seguro:			
¿En alguna oport	unidad le ha sido rechazada เ	una solicitud de seguro	de salud a Ud. o si	us dependientes?	Si 🗆 No 🗆	
; Tiene Ud o sus	dependientes algún padecim	iento crónico que le ha	va sido diagnostica	do con anterioridadí	? Si□ No□	
	e pago por cuotas de afiliac		ya olao alagi loolloa	ao con amononaa.	. 0. 2 1.02	
	mi solicitud por honesta, aut		ia de pago.			
Período	Till concinaa por Tiorrocta, aa	Forma de pago	_	Plan	n solicitado	
	Et					
Anual Semestral	Efectiv	Efectivo en las instalaciones			MI SALUD	
Semestral Trimestral	Cargo automático a mi to	Cheque			Dorado 🗆	
Mensual	Cargo automático a mi ta	rjeta de credito/debito solo pago (anualidad)		-	Plateado	
Mensual [OII	Solo pago (artualidad)			Oorado Plus	
				Pla	ateado Plus 🗆	