

RNC 1-01-86442-7

RNC 1-02-01717-4

SOLICITUD DE CAMBIO DE PLAN



99004000299

/ /
 Día Mes Año

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre de la empresa Contrato

DATOS DEL AFILIADO PRINCIPAL

Nombre(s) Apellidos
 Número afiliado Correo Electrónico Teléfono Celular
 Dirección (calle y número) Sector Ciudad/Municipio

¿Desea retirar su carnet en alguna de nuestras sucursales? En caso afirmativo, especifique en cuál.

CAMBIO DE PLAN

Plan actual Elemental Esencial Esencial Plus Plan solicitado Elemental Esencial Esencial Plus
 Superior Royal Max Platinum Otros Superior Royal Max Platinum Otros

DECLARACIÓN DE SALUD

¿Está usted, su esposa o algunas de sus dependientes embarazadas? Sí No En caso afirmativo, especifique cuál y cuántas semanas

¿Transcurre normalmente? Sí No En caso negativo, explique

Marque con una X si usted o algún familiar padece o ha padecido alguna(s) de las siguientes enfermedades o afecciones, en caso afirmativo especifique quién

<input type="radio"/> Enfermedades cardíacas	<input type="radio"/> Yo <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Hermano(a) <input type="radio"/> Abuelo(a) <input type="radio"/> Tío(a) <input type="radio"/> Otro (indique)
<input type="radio"/> Hipertensión arterial	<input type="radio"/> Yo <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Hermano(a) <input type="radio"/> Abuelo(a) <input type="radio"/> Tío(a) <input type="radio"/> Otro (indique)
<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> Yo <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Hermano(a) <input type="radio"/> Abuelo(a) <input type="radio"/> Tío(a) <input type="radio"/> Otro (indique)
<input type="radio"/> Diabetes	<input type="radio"/> Yo <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Hermano(a) <input type="radio"/> Abuelo(a) <input type="radio"/> Tío(a) <input type="radio"/> Otro (indique)
<input type="radio"/> Enfermedad de los riñones	<input type="radio"/> Yo <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Hermano(a) <input type="radio"/> Abuelo(a) <input type="radio"/> Tío(a) <input type="radio"/> Otro (indique)
<input type="radio"/> Afecciones de la próstata	<input type="radio"/> Yo <input type="radio"/> Padre <input type="radio"/> Madre <input type="radio"/> Hermano(a) <input type="radio"/> Abuelo(a) <input type="radio"/> Tío(a) <input type="radio"/> Otro (indique)

Fuma usted Cigarrillo Puro Pipa Unidades diarias ¿Desde hace cuánto? _____ meses ó _____ años

¿Ha padecido usted o alguno de sus dependientes alguna enfermedad o lesión durante los últimos meses? Sí No

En caso afirmativo, quién y el tipo de lesión o enfermedad

¿Consume usted bebidas alcohólicas? Sí No En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia las consume? Diario Semanal Mensual

¿Consumo o ha consumido usted estupefacientes? Sí No En caso afirmativo, especifique

¿Se ha recomendado a usted o alguno de sus dependientes alguna intervención quirúrgica o tratamiento? Sí No

En caso afirmativo, especifique las siguientes informaciones

Fecha	Nombre del paciente	Tratamiento o intervención	Duración	Nombre del médico	Nombre de la clínica

Para recibir cualquier tipo de cobertura bajo el nuevo plan que estén sujetas a períodos de espera, tales como hospitalización, cirugía, maternidad, gasto médico mayor, entre otros, se debe cumplir el tiempo de espera correspondiente o de lo contrario se recibirá cobertura bajo el plan anterior.

Certifico que las respuestas que anteceden son verdaderas, completas, exactas y obligatorias para todas las partes interesadas en el seguro solicitado y que constituyen la base y condición para la obtención del seguro de salud para el afiliado principal y sus dependientes, y a la vez autorizo a cualquier PSS que me haya prestado cualquier tipo de servicio o a mis dependientes, suministre cualquier información médica e historia clínica.

Para determinados cambios de planes aplica la pérdida de continuidad de cobertura.

Firma Autorizada

Sello Empresa

Firma Afiliado