

HUMANITAS

Planilla de Afiliación

ODONTOLOGICO

ACCIDENTES PERSONALES

FUNERARIO

HCM

VIDA

Datos generales

Nombre de la contratante:

Plan a ser afiliado

Tipo de movimiento:

Inclusión

Exclusión

Cambio de Plan

Datos del Afiliado Titular

Apellidos y Nombres afiliado Titular:

CI

Ocupación:

Fecha Nacimiento:

Estatura (mts):

Peso (Kg)

Sexo:

Estado Civil:

Dirección de Cobro/Afiliado Titular:

e-mail:

Urbanización:

Municipio:

Teléfono:

Ciudad:

Estado:

Celular:

¿Se encuentra usted amparado por otra Póliza de Seguros de H.C.M.?

Si No Especifique:

Titular o Cónyuge Embarazada actualmente:

Si No

DESEA INCLUIR LA COBERTURA DE MATERNIDAD?

Afiliados Familiares

N°	Apellidos y Nombres	C.I.	Fecha Nacimiento	Sexo	Estatura (mts.)	Peso (Kg)	Parentesco
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							

Enfermedades Pre-Existentes y/o Congénitas

N°	Apellidos y Nombres	Tipo de Padecimiento	Tipo de Tratamiento o Intervención Quirúrgica	Fecha

Complete la siguiente Declaración de Salud en todas sus partes contestando SI o NO

Número del Solicitante

Titular

1°

2°

3°

4°

5°

6°

7°

1. ¿Se le ha practicado alguna Intervención Quirúrgica?								
2. ¿Tiene prevista alguna Intervención Quirúrgica y/o Hospitalización?								
3. ¿Ha consultado o ha estado en tratamiento médico por algún síntoma o enfermedad transitoria o defecto físico?								
4. ¿padece usted de alguna enfermedad transitoria, crónica o defecto físico?								
5. ¿Algún familiar cercano de las personas a se afiliadas han padecido o padece de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental?								
6. ¿Alguna de las personas a asegurar fuma o dejó el hábito de fumar?								

En caso de ser afirmativa alguna de las respuestas anteriores, explique en detalle: Nombre de la Persona, Fecha, Tipo de tratamiento o Intervención efectuada y Médico Tratante.

Beneficiario en caso de muerte del Afiliado Titular:	PARENTESCO	PORCENTAJE	Cédula de Identidad / RIF:

Yo, el Solicitante:

- declaro que la información proporcionada en la presente Solicitud, que formará parte integrante del plan, es enteramente conforme a la verdad y que no he hecho omisiones ni ocultado intencionalmente información necesaria.
- Doy fe que estoy enterado de las Exclusiones y Plazos de Espera.
- Autorizo a todos los Médicos tratantes y a las Clínicas que me (nos) han atendido clínicamente para dar información acerca de mis (nuestras) enfermedades pasadas, presentes o que pueda padecer, estado físico e historia clínica, y a la vez mediante este acto los relevo de guardar secreto médico.

Firma del Solicitante

Firma del Asesor

Nombre del asesor:
Código N°
Lugar y Fecha:

Para ser llenado por el Contratante(en caso de Póliza Colectiva)

Plan	Plazos de Espera:	SI	NO
Localidad	Filial		
Fecha Ingreso a la Empresa	Código Empleado:		
Firma y sello de la contratante			

