

Fecha actual: Día Mes Año

Contratante: _____

Vigencia: Desde: Día Mes Año

Hasta: Día Mes Año

Nuevo: Inclusión:

1. DATOS DEL TITULAR

Identificación: C.I. Pasaporte No.: _____ Hombre Mujer

Nombres:

Apellidos:

Fecha de nacimiento: Día Mes Año Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado UL

Escolaridad: _____ Profesión: _____ Ocupación:

Vivienda: Propia Arrendada Casilla Postal: _____ Celular:

Dirección de domicilio: Calle principal: _____ No.: _____

Transversal: _____ Casa/Edificio/Piso: _____

Ciudad: _____ Sector: _____ Telf.: _____ E-mail: _____

Dirección de trabajo: Calle principal: _____ No.: _____

Transversal: _____ Casa/Edificio/Piso: _____

Ciudad: _____ Sector: _____ Telf.: _____ E-mail: _____

Cuenta de restitución: Banco T/C: _____ No.: _____ Tipo: Ahorros Corriente

Envío de correspondencia: Domicilio Trabajo Dirección de cobro: Domicilio Trabajo

2. BENEFICIARIOS

#	C.I.	Apellidos	Nombres	Fecha de Nacimiento Día Mes Año	H	M	P	Esc.	Est.	Peso Kg	Cuota Precio Venta
0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

P: Parentesco; T: Titular; C: Cónyuge; H: Hijo/a; H: Hombre; M: Mujer
Esc: Escolaridad; N: Ninguna; P: Preescolar; PR: Primaria; S: Secundaria; SP: Superior; M: Maestría; D: Doctorado

Valor cuota mensual

Valor total contratado

3. PLAN CONTRATADO

Plan: _____ TS T+1 TF

¿Viene de otra medicina prepagada?: Sí No ¿Adjunta respaldos?: Sí No

4. DETALLES DE LA ENFERMEDAD

Nombre paciente	Diagnóstico	Fecha de inicio	Nombre médico tratante	Teléfono

NOTA: Cobertura de preexistencias de acuerdo al monto del plan contratado sólo si son declaradas.

5. DECLARACIÓN Y FIRMAS

Declaro en calidad de Afiliado que todo lo anotado en este documento es verdadero y que no existe omisión en los datos consignados. Esta declaración de salud forma parte integrante del Contrato de Prestación de Servicios Médicos Prepagados. **SI SE VERIFICA QUE LOS DATOS SON ERRÓNEOS, INCOMPLETOS O FALSOS, SERÁ CAUSAL PARA NO TRAMITAR EL CONTRATO, ANULARLO O NO RESTITUIR GASTOS INCURRIDOS.** Los exámenes médicos que **HUMANA S.A.** solicite, no garantizan al paciente cobertura de preexistencias ni constituyen un certificado de salud. Autorizo a cualquier médico, hospital o institución médica a que proporcionen a **HUMANA S.A.** información relacionada con mi estado físico o mental, incluyendo los resultados de cualquier examen, y estoy de acuerdo en que esta autorización permanezca válida después de mi muerte.

En calidad de Afiliado declaro haber recibido un ejemplar vigente del contrato y acepto las exclusiones que Auditoría Médica establezca.

FIRMA TITULAR
ADJUNTAR LA COPIA DE LA CÉDULA

CONTRATANTE
ADJUNTAR LA COPIA DE LA CÉDULA

6. ESPACIO RESERVADO PARA HUMANA

Asesor / broker: _____

Código: _____

Fecha: Día Mes Año

Ciudad: _____

Estado solicitud: Aceptada Rechazada Aplazada

Observaciones: _____

Exclusiones Auditoría Médica: _____

FIRMA DEL JEFE DE VENTAS

FIRMA SUPERVISADO

FIRMA DEL TITULAR POR ACEPTACIÓN DE EXCLUSIONES

AUDITORÍA MÉDICA

TESORERÍA

PRODUCCIÓN