

Fecha actual: Día Mes Año
 Vigencia: Desde: Día Mes Año
 Nuevo: Inclusión:

Contratante: _____
 Hasta: Día Mes Año

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 | | | H | M | P | Esc. | Est. | Peso Kg | Cuota Precio Venta |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | | | | Día | Mes | Año | | | | | | | |
| 0 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <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="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <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="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <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="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <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="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <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="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <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 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 / bróker: _____ 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