



IGUALAS MÉDICAS
DEL ECUADOR S.A.

TARJETA DE ENROLAMIENTO

CONTRATANTE:

DATOS DEL AFILIADO:

A) NOMBRES COMPLETOS: _____

APELLIDO PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____

B) CÉDULA DE IDENTIDAD: _____

C) CIUDAD: _____

D) FECHA DE NACIMIENTO: _____

E) ESTADO CIVIL: _____

F) SEXO: M ____ F ____ FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: _____

SUELDO BÁSICO MES: _____

G) INFORMACIÓN PARA PAGO DE RECLAMOS

BANCO: _____

CUENTA CORRIENTE No.: _____

CUENTA DE AHORROS No.: _____

DEPENDIENTES PARA EL BENEFICIO DE ASISTENCIA MÉDICA (SÓLO CÓNYUGE o CONVIVIENTE LEGAL E HIJOS)

APELLIDOS		NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO
PATERNO	MATERNO					

FIRMA Y SELLO DE CONTRATANTE

EL AFILIADO

DECLARACIÓN DE SALUD

HA SIDO DIAGNOSTICADO USTED O ALGUNO DE SUS DEPENDIENTES A AFILIARSE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES; ESTÁN RECIBIENDO TRATAMIENTO ACTUALMENTE O HAN RECIBIDO ALGUNA VEZ TRATAMIENTO

1.- CUALQUIER DESORDEN NEUROLÓGICO, RESPIRATORIO, GASTROINTESTINAL, ENDOCRINOLÓGICO O GENITO - URINARIO; DIABETES, HIPERTENSIÓN; TRASTORNOS DE LAS ARTERIAS CORONARIAS; PROBLEMAS CARDÍACOS O DEL SISTEMA CARDÍACO DE CONDUCCIÓN; TRASTORNOS DEL SISTEMA CIRCULATORIO, DEL SISTEMA CARDIOVASCULAR O LOS VASOS SANGUÍNEOS, DESORDEN DE LA SANGRE, PROBLEMAS DE LA COLUMNA VERTEBRAL Y/O LOS DISCOS INTERVERTEBRALES.

SÍ NO

2.- ¿CUALQUIER TIPO DE QUISTES, TUMORES O CÁNCER?

SÍ NO

3.- ¿SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA O COMPLEJO RELACIONADO CON EL SIDA?

SÍ NO

4.- ¿SE LE HA ACONSEJADO ALGUNA PRUEBA DIAGNÓSTICA, HOSPITALIZACIÓN O CIRUGÍA QUE NO SE HA LLEVADO A CABO; O HAN SIDO PACIENTES DE UN HOSPITAL, CLÍNICA, SANATORIO U OTRA INSTITUCIÓN MÉDICA?

SÍ NO

5.- ¿LE HAN RECHAZADO O ACEPTADO EN CONDICIONES ESPECIALES ALGUNA SOLICITUD PARA POLIZA DE SALUD, VIDA O ACCIDENTE

SÍ NO

6.- ¿ESTÁ EMBARAZADA ACTUALMENTE? (Titular, Cónyuge o Conviviente legal)

El beneficio de Maternidad es sólo para titular, cónyuge o conviviente legal del titular asegurado.

SÍ NO

7.- ¿HA SIDO DIAGNOSTICADO DE CUALQUIER OTRA ENFERMEDAD O ACCIDENTE?

SÍ NO

DETALLE DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS

NOMBRE DE LA PERSONA	FECHA DE INICIO	DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO	LUGAR DEL TRATAMIENTO	MEDICO QUE APLICÓ TRATAMIENTO

FECHA: _____

EL AFILIADO: _____