

# Solicitud de Afiliación

*Planes Individuales*



**humana**  
es saber vivir

Antes de llenar este documento por favor léalo en su totalidad y llénelo con letra imprenta.

Contrato nuevo     Cambio plan     No. de contrato asignado:   
 Inclusión     Cambio negocio

## 1. DATOS GENERALES

Fecha actual: Día   Mes   Año      
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Negocio: \_\_\_\_\_  
 Período de pago: Mensual  Trimestral  Semestral  Anual  Forma de Pago: PD  DB  DT/C   
 Cuenta de débito: Banco T/C: \_\_\_\_\_ No.: \_\_\_\_\_ Tipo: Ahorros  Corriente   
 Cuota inicial: \$ \_\_\_\_\_  Efectivo   Cheque  T/C o Cuenta No.: \_\_\_\_\_ Banco: \_\_\_\_\_  
(Incluido seguro social campesino y tarjeta) Fecha caducidad T/C:      
 Vigencia: Desde: Día   Mes   Año     Hasta: Día   Mes   Año

## 2. 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: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Dirección de trabajo: Calle principal: \_\_\_\_\_ No.: \_\_\_\_\_  
 Transversal: \_\_\_\_\_ Casa/Edificio/Piso: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Cuenta de restitución: Banco T/C: \_\_\_\_\_ No.: \_\_\_\_\_ Tipo: Ahorros  Corriente   
 Envío de correspondencia: Domicilio  Trabajo  Casilla Postal  Dirección de cobro: Domicilio  Trabajo  Casilla Postal

## 3. PLAN CONTRATADO

Plan: \_\_\_\_\_ ¿Viene de otra medicina prepagada?: Sí  No  ¿Adjunta respaldos?: Sí  No   
 Descuentos: \_\_\_\_\_  
 Recargos: \_\_\_\_\_

## 4. TITULAR Y BENEFICIARIOS

#	C.I.	Apellidos	Nombres	Fecha de Nacimiento			H	M	P	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="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
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"/>
6	<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"/>

Valor Cuota Mensual   
 Valor Total Contratado

P: Parentesco; T: Titular; C: Cónyuge; H: Hijo/a; H: Hombre; M: Mujer



**6. 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.

TITULAR CONTRATANTE  
ADJUNTAR LA COPIA DE LA CÉDULA

**7. ESPACIO RESERVADO PARA HUMANA**

Asesor / broker: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Fecha: Día   Mes   Año     Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado solicitud:    Aceptada     Rechazada     Aplazada

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA DEL JEFE DE VENTAS

Exclusiones Auditoría Médica: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

FIRMA SUPERVISADO

FIRMA DEL TITULAR POR ACEPTACIÓN DE EXCLUSIONES

AUDITORÍA MÉDICA

TESORERÍA

PRODUCCIÓN