

REQUISITOS DE AFILIACION:

- ✓ ***Copia de la Cedula de identidad de Trabajador.***
- ✓ ***En caso de conyugue Copia de acta de registro de concubinato o acta de matrimonio)***
- ✓ ***Copia de la Cedula de identidad de Conyugue o Esposa/o***
- ✓ ***Hijos (Copia de Partida de Nacimiento)***
- ✓ ***Hijos no mayores a 23 años (quien este estudiando, que no estén casado, sin hijos, ni estado de embarazo) (copia de cedula de identidad y partida de nacimiento)***
- ✓ ***Padres (Copia de la cedula de identidad de los padres y partida de nacimiento del titular)***
- ✓ ***Copia de baucher actualizado***
- ✓ ***En caso de que el titular no este registrado en el sistema deberá consignar una constancia de trabajo actualizada***

PLANILLA DE AFILIACION:

DECLARACION DE SALUD				
FAVOR INDICAR SI USTED O ALGUNA DE LAS PERSONAS A SER INCLUIDAS EN LA POLIZA			S I	N O
¿Se le ha recomendado que se practique algun examen, hospitalizacion o intervencion quirurgica, tratamiento o consulta medica que no se haya efectuado?				
¿Ha estado en algun hospital, casa de reposo, clinica, sanatorio o en consulta con medico general, internista o especialista en los ultimos dos (2) años?				
¿En los ultimos dos (2) años le han practicado exámenes especiales de diagnostico, radiografias, electrocardiogramas de reposo o de esfuerzo o de analisis de laboratorios?				
¿Ha sufrido o sufre de enfermedades mentales, venerias SIDA, del aparato urinario, hernias, de tiroides, diabetes, del aparato locomotor, de la piel glandulas mamarias, de				
¿Ha sufrido o sufre de enfermedades del corazón arterias o venas, angina de pecho, infarto del miocardio, trombosis o flebitis, tension arteria, etc.?				
¿Ha sufrido o sufre de enfermedades del aparato respiratorio (Bronquitis, Asma, Neumonia o Pleuresia, etc.?)				
¿Ha sufrido o sufre de enfermedades del aparato digestivo (Ulcera, Gastritis, Litiasis o Colicos vesiculares, Aptitas o Cirrosis del Higado, Estreñimiento, Hemorroides,				
¿Ha sufrido o sufre artritis, reumatismo, deformidades externas, problemas de columna o gota?				
¿Ha aumentado o disminuido de peso en los ultimos dos (2) años?				
¿Se ha practicado exploraciones para pesquisas, diagnostico o ha sido tratado por cancer, tumores o fibromas?				
¿En Caso de mujeres: A) ¿ha sufrido o sufre de sangramientos vaginales anormales, flujos o leucorrea en los ultimos dos (2) años? B) ¿Esta usted embarazada (en caso afirmativo				
¿Ha sufrido algun accidente que le haya dejado mutilacion, deformaciones o defectos fisicos?				
¿Ha tenido alteraciones de la salud o sintomas que no mencione en alguna pregunta de esta seccion?				
¿Presentaria algun problema en ser chequeado?				
SI ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS EN LA DECLARACION DE SALUD FUE DECLARADA COMO POSITIVA, POR FAVOR DETALLE LOS SIGUIENTES DATOS:				
Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	C. I.	CAUSA O DIAGNOSTICOS	
<p>Fecha: _____/_____/_____</p> <p style="text-align: right;">Firma y Nº de Cedula de Identidad _____</p>				
REQUISITOS				
1) COPIA DE LA C. I. DEL TRABAJADOR				
2) EN CASO DE CONYUGUE (COPIA ACTA DE REGISTRO DE CONCUBINATO O ACTA DE MATRIMONIO)				
3) COPIA DE LA C. I. DE CONYUGUE O ESPOSA (O)				
4) HIJOS (COPIA DE PARTIDAS DE NACIMIENTO)				
5) HIJOS NO MAYORES A 20 AÑOS (QUE NO ESTEN CASADOS, NO TENGAN HIJOS Y NO ESTEN EN ESTADO DE EMBARAZO) COPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD Y PARTIDA DE NACIMIENTO				
6) PADRES (COPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD DE LOS PADRES ,Y PARTIDA DE NACIMIENTO DEL TITULAR)				
7) VAUCHER FIRMADO,SELLADO ACTUALIZADO Y ORIGINAL				
8) EN CASO QUE EL TITULAR NO APAREZCA EN EL SISTEMA DEBERA CONSIGNAR SU CONSTANCIA DE TRABAJO ACTUALIZADA				
9) CONSIGNAR LOS DOCUMENTOS EN CARPETA AMARILLA TAMAÑO OFICIO				