Tarjeta de Enrolamiento Corporativa

Titular: _____

Sección A Datos del Afiliado

Apellido Paterno	Apellido Materno	Primer Nombre	Segundo Nombre

Cédula de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	Fecha Ingreso a la empresa
	M ☐ F ☐		

Dirección Domicilio

Correo Electrónico	Teléfono Celular	Teléfono Domicilio

Información para pago de reclamos

Banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
	Ahorros ☐ Corriente ☐	

Sección B Dependientes para incluir en los servicios de salud y medicina prepagada

Apellidos		Nombres	Cédula de Identidad	Fecha de nacimiento			Parentesco
Paterno	Materno			Día	Mes	Año	

Sección C Firmas

Fima y Sello del Titular

Fima Afiliado

Descargue este formulario en: **www.bmiigualasmedicas.com.ec**

Sección D Declaración de salud

¿Ha sido diagnosticado usted o alguno de sus dependientes al afiliarse con alguna de las siguientes enfermedades, están recibiendo tratamiento actualmente o han recibido alguna vez tratamiento?

	Si	No
1. Cualquier desorden neurológico, respiratorio, gastrointestinal, endocrinológico o genitourinario; 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.	☐	☐
2. ¿Cualquier tipo de quistes, tumores o cáncer?	☐	☐
3. ¿Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o complejo relacionado con el SIDA?	☐	☐
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?	☐	☐
5. ¿Le han rechazado o aceptado en condiciones especiales alguna solicitud para póliza de salud, vida o accidente?	☐	☐
6. ¿Está embarazada actualmente? (Afiliado, cónyuge o conviviente legal) El beneficio de maternidad es sólo para Afiliado, cónyuge o conviviente legal del afiliado asegurado.	☐	☐
6. ¿Ha sido diagnosticado de cualquier otra enfermedad o accidente?	☐	☐

Sección E Detalle de respuestas afirmativas

Nombre de la persona	Fecha de diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Lugar del tratamiento	Médico que aplicó el tratamiento

Fecha

Fima Afiliado