

# Solicitud de incorporación

Tipo de Pago

Plan

Señores  
Medilife  
Presente

Nº Beneficiario  
Nº Contrato

Plan



Por la presente solicito mi incorporación como Beneficiario Titular y/o de las personas más abajo detalladas. Reconozco que esta solicitud forma parte del contrato entre ..... y Mediplan S.A. con relación a la prestación de Servicios de Medicina Prepaga, de sus prórrogas y modificaciones, aceptándolas en un todo.

## Datos del titular contratante

Nombre (s): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M

Apellido (s): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha nac.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Doc. id./R.U.C. Nº: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_ E. Civil: \_\_\_\_\_

Domicilio part.: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Zona: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_ Dir. Laboral: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Barrio: \_\_\_\_\_ Teléfono part.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Tel. laboral: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Dirección de cobro: \_\_\_\_\_

Numero de Referencia: \_\_\_\_\_ Nombre de Referencia: \_\_\_\_\_

## Otros beneficiarios

Nombre (s) y apellido (s)

	Nombre (s) y apellido (s)	Edad	F. Nac.	Nacionalidad	Doc. Nº	Parentesco	E. Civil	Sexo		Incluye	Excluye
								M	F		
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											

Observaciones generales:

## Otros datos del contrato:

Contrato: Familiar  Individual  Empresarial

Cobertura de Sepelio: \_\_\_\_\_

Total Parcial: \_\_\_\_\_

Derecho a Maternidad/mes: \_\_\_\_\_

Total a pagar/mes/IVA incluido: \_\_\_\_\_ Asesoría: \_\_\_\_\_

Asunción, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011

Firma del Asesor

Firma del Titular o contratante  
(firma igual a la Cédula de identidad)

Auditoría

COBRADOR

# Declaración Jurada

# Declaración Jurada de salud

1. El abajo firmante reconoce que Medilife no contrae obligación alguna como consecuencia de la presente solicitud y que se reserva el derecho de aceptación y/o rechazo total o parcial de la Solicitud de Incorporación a los efectos de su ingreso al sistema al tiempo que lo faculta para que en el caso de que se estime oportuno Medilife pueda solicitar a médicos e instituciones los datos sobre la salud de las personas consignadas en la presente Solicitud de Incorporación.-

2. Reconozco que Medilife no se hará cargo de los gastos originados por la asistencia o internación en el caso de enfermedades preexistentes, crónica y/o congénitas, enfermedades quirúrgicas, estado de gravedad definidas en el momento de ingreso, tuviera o no conocimiento de ellas, haya o no declarado, patología secular, definida como aquella que es consecuencia de tratamientos médicos de cualquier tipo que los beneficiarios hubieran recibido con anterioridad a su ingreso.-

3. Reconozco que las vigencias para los diferentes servicios serán de acuerdo a los establecidos en el contrato y el plan de salud.-

4. Declaro que los datos consignados son completos, veraces y exactos y que no se ha omitido dato alguno sobre el estado de salud de las personas incluidas en la presente Solicitud de Incorporación al sistema de Medicina Pre-paga, así como son ciertas las edades y relaciones de parentesco.-

5. Me comprometo a mantener al día el pago de las cuotas mensuales y reconozco que en caso de no estar al día y hacer uso de los servicios, deberá abonar los servicios utilizados con aranceles comunes.-

6. Me comprometo a conservar los carnets de identificación durante la vigencia y devolverlos cuando estén vencidos.-

7. Me comprometo a comunicar cualquier modificación que surgiera a los datos consignados tanto sobre mi persona y de los demás beneficiarios, como ser modificaciones del estado civil, cambio de domicilio o teléfono y otros, y queda aclarado que de no hacerlo por escrito, todas las modificaciones, aviso o cualquier información efectuadas en el domicilio consignado en esta solicitud, serán válidas a efectos jurídicos.-

8. Declaro conocer y estar conforme con la elección de los profesionales e instituciones prestadoras de servicios de salud puestos a disposición por Medilife. En caso de tener duda con algún profesional, consultaré formalmente las posibles alternativas a la empresa. Declaro y reconozco que Medilife no asume responsabilidad alguna por los perjuicios que pudieran derivar de las prácticas profesionales o tecnológicas erróneas o inapropiadas. Reconozco que es exclusiva responsabilidad de los profesionales o técnicos intervinientes.-

9. Reconozco que esta Solicitud de Incorporación es parte integrante del contrato entre mi persona y MEDIPLAN S. A., sus prórrogas, modificaciones y renovaciones.-

**Dirección:**

<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"/>

**Firma del Titular o Contratante**  
(firma igual a la Cédula de identidad)

Esta declaración tiene por objeto conocer el estado de salud de los asegurados al momento de ingresar al plan. Según su leal saber y entender, conteste si sufrió, sufre o alguna vez ha sido tratado de algunas de las dolencias y/o casos detallados más abajo:

	Beneficiario nº 1	Beneficiario nº 2	Beneficiario nº 3	Beneficiario nº 4	Beneficiario nº 5	Beneficiario nº 6	Beneficiario nº 7	Beneficiario nº 8	Beneficiario nº 9	Beneficiario nº 10
Maternidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente vascular o cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad coronaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades infectocontagiosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades de la sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de los huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trastorno gastrointestinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del sistema nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesión extraña de la piel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA / Sífilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transplante de órganos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedades genitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiene impedimentos físicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defectos de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observaciones / Especificar:	<hr/>									

Declaro bajo fe de juramento que los datos consignados son ciertos, según mi saber y entender.

**Firma del Titular o Contratante**  
(firma igual a la Cédula de identidad)