



TIPO DE NOTIFICACIÓN

- 1. Ingreso
- 2. Desafiliación por parte de la Compañía
- 3. Desafiliación por parte del Afiliado
- 4. Modificación Empleador/ Pagador

- 5. Modificación Valor Contrato
- 6. Re-afiliación
- 7. Modificación Beneficiario/Titular
- 8. Renovación en el Contrato

NO. CONTRATO

FECHA DE INGRESO / /

SUCURSAL

FOREN NO.

1 - ANTECEDENTES DEL COTIZANTE

Nombre:

Fecha de Nacimiento: / /

Sexo: F M

Cédula o Pasaporte: Profesión:

Renta Bruta: Estado Civil:

Dirección Domiciliaria:

Ciudad: Sector Domicilio:

Dirección Alternativa:

Ciudad: Sector Alternativa:

Teléfono Domicilio: Teléfono Alternativo:

Celular: Código Postal:

Correo Electrónico:

Titular con Beneficios: Sí: No:

Seguro de Vida Accidentes Personales: Sí: No:

Servicios Exequiales: Sí: No:

2 - ANTECEDENTES DE LOS BENEFICIARIOS

Nombre:	Cédula o Pasaporte:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Parentesco:	Cod Mov:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Parentesco		Cod. de Movimiento
1. Conyuge	4. Madre	1. Ingreso Dependiente
2. Hijos	5. Otros	2. Eliminar Dependiente
3. Padre		

3 - ANTECEDENTES EMPLEADOR

Nombre del Empleador: Identificación RUC:

Dirección del Empleador: Sector Empleador:

Teléfono Empleador:

Movimiento: 1. Modifica 2. Sustituye 3. Elimina 4. Agrega Nombre Empleador a Eliminar/ Sustituir:

4 - ANTECEDENTES DEL CONTRATO

Nombre Plan: Inicio del Contrato: / / Fin del Contrato: / /

Código del Plan: Cobertura Anual: Valor Anual: Seguro Social Campesino:

Cuota Inicial: Saldo: Costo Emisión: Primer Pago:

Periodo de Pago: Mensual Trimestral Semestral Anual Declaración de Salud: Sí: No: Renovación de Contrato Automática: Sí: No:

5 - ANTECEDENTES ENTIDAD PAGADORA

Forma de Pago: Cta Corriente Cta Ahorros Tarjeta Crédito Empresa Nombre Entidad Encargada de Pago:

Cta a Debitar: Tipo Tarjeta: Indiv: Inst: Vcto. Tarjeta: / /

Movimiento: 1. Modifica 2. Sustituye 3. Elimina 4. Agrega Nombre Entidad Pagora a Eliminar/Sustituir:



NO. CONTRATO _____

FOREN NO. _____

6 - Código/ Visto Bueno

Vendedor		Visto Bueno		
Código	Supervisor de Ventas	Jefe de Ventas	Gerencia Comercial	Departamento de Control.

FIRMA DEL CONTRATANTE

SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR VIDASANA, S.A.

FOREN N° _____

SEÑORES _____ CIUDAD _____ DIA _____ MES _____ AÑO _____

Presente
De mis consideraciones:

Yo, _____ con cédula de identidad/ pasaporte No. _____ autorizo a ustedes a debitar

Dos Nombres y Apellidos

MENSUALMENTE TARJETA DE CRÉDITO NÚMERO _____ DEL BANCO _____

TRIMESTRALMENTE CUENTA CORRIENTE NÚMERO _____ DEL BANCO _____

SEMESTRALMENTE CUENTA AHORROS NÚMERO _____ DEL BANCO _____

El valor de las cuotas reportadas por Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador Vidasana, S.A.. En cada periodo de pago por las cuotas estipuladas en el contrato de Prestaciones de Servicios Médicos Prepagados. Este valor debiera ser acreditado a la cuenta corriente que Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador Vidasana, S.A. mantiene en el Banco.

Me comprometo a mantener los valores de la cuenta bancaria o mi tarjeta de credito vigente para obtener los beneficios estipulados en el contrato de Servicios Médicos Prepagados que he firmado con Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador Vidasana, S.A..

Eximo a TARJETA DE CRÉDITO _____ BANCO _____ de cualquier responsabilidad por las cuotas reportadas por Sistema de Medicina Prepagada del Ecuador Vidasana, S.A. por lo cual desde ya renuncio a cualquier acción legal en contra de la institución.

Atentamente

FIRMA

Número de Autorización

FOREN N° _____ RECIBO DEL PAGO DEL PRIMER PERIODO DEL CONTRATO DE SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR VIDASANA, S.A.

RECIBO DEL SR. (A) _____ LA CANTIDAD DE \$ _____ POR EL PRIMER PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS MEDICOS PREPAGADOS MAS \$ _____ POR LOS DERECHOS DE EMISION

CHEQUE No	BANCO	VALOR CHEQUE	VALOR EFECTIVO	VALOR INICIAL TOTAL

CUENTA NRO. _____ CHEQUE NRO. _____ DEL BANCO _____

ESTE PAGO ESTA SUJETO A LA RESOLUCION POR PARTE DE SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR VIDASANA, S.A. DE RECHAZAR O ACEPTAR PARCIAL O TOTALMENTE EL CONTRATO DE PRESTACIONES DE SERVICIOS MEDICOS PREPAGADOS EN CASO DE SER RECHAZADOS POR SISTEMA DE MEDICINA PREPAGADA DEL ECUADOR VIDASANA, S.A.. EL MONTO ADJUNTO SERA DEVUELTO EN EL INSTANTE DE COMUNICAR EL RECHAZO.

NOMBRE DEL VENDEDOR _____ FIRMA _____ FECHA _____

NOTA EL AFILIADO DEBE EXIGIR COPIA DE ESTE RECIBO