



FORMATO SOLICITUD DE MEDICINA PREPAGADA

NIT: 830 113 916 - 8

Ciudad: _____ Fecha: Día | Mes | Año

Colsanitas Medisanitas Plan Dental Plan Médico Domiciliario Plus

Información personal

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____

Tipo de documento: C.C. C.E. PAS N° de Identificación: _____ Empresa donde labora: _____

Cargo: _____ Dirección de correspondencia: _____

Teléfono de la oficina y Ext.: _____ Celular: _____

Autorización

Me permito autorizar al pagador que descuenten de mis ingresos por concepto de, salarios honorarios, comisiones, etc, y transfieran a la Cooperativa de Profesionales Sanitas, la suma de \$ _____ valor en letras _____ por concepto de Medicina Prepagada a partir del mes de _____ del año _____

Indique su correo electrónico para realizar el envío de el(los) carné(s): _____

Si es usuario nuevo, marque con una X: SI NO

Tiene antigüedad en otro contrato de medicina prepagada: SI NO Si su respuesta anterior es SI, adjunte certificación de antigüedad emitida por la anterior aseguradora.

Su solicitud es de traslado de otro contrato colectivo: SI NO Si es traslado de contrato, adjunte soporte de novedad de cancelación.

Vigencia del contrato: _____

Mandato

¿Sus obligaciones las cancelará un tercero? SI NO

Con base en el acuerdo solidario encargo expresamente a la Cooperativa de Profesionales Sanitas (CPS) para que a mi favor, adquiera a cualquier título, el (los) bien (es) y/o servicio(s) que se indica(n) en esta solicitud y en general todos aquellos que proporcionen bienestar al(la) suscrito(a) y su grupo familiar y a ello se compromete gratuitamente la Cooperativa con la aceptación expresa o tácita de este mandato.

Campo exclusivo para la Cooperativa de Profesionales Sanitas

Contrato nuevo: No. de usuarios: _____

Valor CPS: \$ _____

Asesora comercial: _____ Vo Bo: _____

Registro de firma

Firma solicitante: _____

Firma tercero: _____

Nombre: _____

Nombre: _____

C.C.,C.E. ó PAS No.: _____

C.C.,C.E. ó PAS No.: _____