



INTEGRIS

Solicitud de Afiliación Plan Individual

1. Información Personal del Titular

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte Número de Identificación: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
Día mes año

Edad: _____ Sexo: F M Estado Civil: Soltero Divorciado Viudo Casado U/Libre

Estatura: m. cm. _____ Peso: Kg. Lb. _____

2. Dependientes

Dependiente 1:

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte Número de Identificación: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
Día mes año

Edad: _____ Parentesco con el Titular: _____

Sexo: F M Estatura: m. cm. _____ Peso: Kg. Lb. _____

Dependiente 2:

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte Número de Identificación: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
Día mes año

Edad: _____ Parentesco con el Titular: _____

Sexo: F M Estatura: m. cm. _____ Peso: Kg. Lb. _____

Dependiente 3:

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte Número de Identificación: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
Día mes año

Edad: _____ Parentesco con el Titular: _____

Sexo: F M Estatura: m. cm. _____ Peso: Kg. Lb. _____

Dependiente 4:

Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Nombre(s): _____ Nacionalidad: _____

Tipo de Identificación: Cédula Pasaporte Número de Identificación: _____

Lugar de Nacimiento: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____
Día mes año

Edad: _____ Parentesco con el Titular: _____

Sexo: F M Estatura: m. cm. _____ Peso: Kg. Lb. _____

En caso de superar el número de Dependientes que constan en esta solicitud, por favor completar la información faltante en la sección Dependiente(s) de un formulario adicional de Solicitud de Afiliación Plan Individual.

3. Información de Discapacidad

Completar si alguna de las personas incluidas en esta solicitud tiene algún tipo de discapacidad calificada por la Autoridad Sanitaria Nacional:

- a) Nombre de la persona con discapacidad: _____
Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad _____
- b) Nombre de la persona con discapacidad: _____
Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad _____
- c) Nombre de la persona con discapacidad: _____
Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad _____

4. Información de Discapacidad

- d) Nombre de la persona con discapacidad: _____
Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad _____
- e) Nombre de la persona con discapacidad: _____
Favor detallar los diagnósticos que causaron la discapacidad _____

Favor adjuntar copia del carné de persona con discapacidad emitida por la Autoridad Sanitaria Nacional vigente hasta el 31 de diciembre de 2025, posterior a esta fecha será reemplazado por la cédula de ciudadanía.

5. Datos de Contacto del Titular

Dirección de Residencia:

Calle Principal, Número, Transversal, Barrio/Sector y Cantón

Provincia

Ciudad

País

Teléfonos:

Domicilio

Celular

Correo Electrónico

6. Condiciones Médicas del Titular y/o Dependientes

6.1 ¿El Titular o algún Dependiente ha sido diagnosticado de cualquier condición médica consecuente de enfermedad y/o accidente, que haya requerido de hospitalización, tratamiento médico y/o exámenes médicos y/o medicamentos con anterioridad a la suscripción del presente contrato o la inclusión del dependiente?

Detalle (Condiciones Preexistentes Declaradas)

6.2 ¿El Titular o algún Dependiente se ha realizado alguna prueba relacionada a COVID-19? (Prueba PCR, Prueba Rápida, Prueba Cuantitativa y/o Cualitativa y/o cualquier otra) _____

SI NO

Si la respuesta fue afirmativa complete los siguientes campos

Nombre de la Persona	El resultado de esta prueba fué		Fecha desde	Fecha hasta
	Positivo	Negativo		
	<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"/>		