

## Plan de Gastos Médicos y Beneficio de Vida

Favor completar esta solicitud con letra imprenta. No debe omitir ninguna información.

Por la presente solicito a **EBS EMPLOYEE BENEFITS SOLUTIONS, S.A.**, la inclusión en el PLAN DE GASTOS MÉDICOS Y VIDA – Cobertura Anual Renovable:

### 1. LUGAR Y FECHA EN QUE SE COMPLETA

La presente Solicitud, es completada en la ciudad de \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

### 2. DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre completo del solicitante \_\_\_\_\_ Sexo: ☐ F ☐ M

Identificación ☐ Cédula ☐ Pasaporte ☐ Residencia N° Identificación: \_\_\_\_\_ Nacimiento: Día: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo ☐ Divorciado(a) ☐ Unión Libre

Nota: En caso de que su estado civil corresponda **UNION LIBRE** favor indicar el tiempo de convivencia con su pareja: \_\_\_\_\_ años

Domicilio del solicitante: Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Dirección Exacta \_\_\_\_\_

Teléfonos/Residencia: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_ Ocupación Actual: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### 3. ASPECTOS RELACIONADOS CON EL PLAN DE GASTOS MÉDICOS

#### 3.1. Historia Médica

Estatura Exacta (cm): \_\_\_\_\_ Peso Exacto (kg): \_\_\_\_\_

¿Le ha sido diagnosticado, informado o esta en tratamiento por algún padecimiento? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo favor indique fecha, diagnóstico y condición actual \_\_\_\_\_

¿Qué tratamiento le fue suministrado o qué medicamentos le fueron recetados? \_\_\_\_\_

### 4. PLAN DE GASTOS MÉDICOS Y/O DENTAL

A) ¿Desea Afiliarse al Plan de Gastos Médicos? SI ☐ NO ☐

Plan de Cobertura a tomar: PLAN 1 ☐ PLAN 2 ☐ Contingencias Extremas (Ruinosas) ☐

B) ¿Desea Afiliarse al Plan de Gastos Dentales? SI ☐ NO ☐

### 5. INFORMACION DE DEPENDIENTES PARA EL PLAN DE GASTOS MÉDICOS

Favor listar todos los dependientes a incluir dentro de esta sección

(Para el plan dental y contingencias extremas marque con una X a los dependientes que corresponda)

| Nombre Completo | Fecha Nacimiento |     |     | Parentesco   | Cédula de Identidad | Plan Dental | Contingencias Extremas (Ruinosas) |
|-----------------|------------------|-----|-----|--|---------------------|-------------|-----------------------------------|
|                 | día              | mes | año |  |                     |             |                                   |
|                 |                  |     |     | <input type="checkbox"/> Cónyuge                           |                     |             |                                   |
|                 |                  |     |     | Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/> |                     |             |                                   |
|                 |                  |     |     | Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/> |                     |             |                                   |
|                 |                  |     |     | Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/> |                     |             |                                   |
|                 |                  |     |     | Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/> |                     |             |                                   |
|                 |                  |     |     | Hijo <input type="checkbox"/> (a) <input type="checkbox"/> |                     |             |                                   |

**6. BENEFICIO DE VIDA**

C) ¿Desea Afiliarse al Beneficio de Vida? (gratuito): SI ☐ NO ☐

Además de la cobertura gratuita, desea adquirir un monto adicional (hasta un máximo de 5 salarios anuales): SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo, indique el número de salarios anuales adicionales a tomar con una X: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

**7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS EN EL PLAN DE VIDA**

**Favor listar todos los beneficiarios y su porcentaje dentro de esta sección.**

El principal beneficiario es la persona que recibe tu beneficio por muerte. Un beneficiario contingente es el que recibe el dinero cuando tu beneficiario primario muere antes que tú

| Nombre Completo                                      | Parentesco | % | Nº de Identificación |
|--|------------|---|----------------------|
| <b>Beneficiarios Primarios (deben sumar 100%)</b>    |            |   |                      |
|  |            |   |                      |
|  |            |   |                      |
|  |            |   |                      |
|  |            |   |                      |
| <b>Beneficiarios Contingentes (deben sumar 100%)</b> |            |   |                      |
|  |            |   |                      |
|  |            |   |                      |
|  |            |   |                      |
|  |            |   |                      |

**Advertencia:**

En caso de que se desee nombrar beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor de edad como representante de los menores para efecto de que, en su representación sobre la indemnización. La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de beneficiarios menores, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se le nombra beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendría una obligación moral, pues la designación que se hace de beneficiarios le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma a indemnizar.

**8. DATOS BANCARIOS**

**Autorización de Pago de Reclamaciones Gastos Médicos**

Nombre del titular de la cuenta: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Moneda: \_\_\_\_\_ Tipo de Cuenta: ☐ Ahorro ☐ Corriente

Nº de Cuenta IBAN: \_\_\_\_\_

\*E-mail: \_\_\_\_\_ \* de esa forma recibirá notificación del pago o reembolso de su reclamo.

**Declaraciones y Advertencias:**

El abajo firmante declara y acepta que la información y respuestas anteriores son completas y verídicas y que son la base para mi Plan de Gastos Médicos y Beneficio de Vida. Cualquier omisión voluntaria o declaración falsa eximirá del pago de reclamaciones.

Este documento sólo constituye Solicitud, por tanto, no representa garantía alguna de que dicha solicitud sea aceptada, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

Yo el firmante, por medio de la presente autorizo por este medio, a cualquier clínica u hospital público o privado, médico, paramédico, laboratorio para que proporcionen a EBS Employee Benefits Solution, S.A., información sobre antecedentes clínicos y/o médicos, incluyendo copia de mis historias clínicas. Lo anterior con el único propósito de corroborar mi estado de salud al momento de diligenciar este documento.

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha (dd/mm/aa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PARA USO EXCLUSIVO DE RRHH**

Fecha de Alta Gastos Médicos: \_\_\_\_\_ Fecha de Alta Beneficio de Vida: \_\_\_\_\_

Código de Empleado: \_\_\_\_\_ AMD (CR): SI ☐ NO ☐ Salario Anual (USD): \_\_\_\_\_

Centro de Costos: \_\_\_\_\_ Visto Bueno de RRHH: \_\_\_\_\_