ARS UNIVERSAL

Solicitud de Afiliación Neonato

Datos del titular

Contrato No. _____ Familia No. _____ Fecha ___ ___ ___ (Día Mes Año)

Nombre _____ Apellido _____

Identificación: ___-_____-___ Fecha de nacimiento: ___ ___ ___ (Día Mes Año) Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Unión libre

Sexo: ☐ M ☐ F Edad: ___ Teléfono residencial: _____ Teléfono celular: _____

Dirección: _____ Sector: _____

Datos de la madre

Nombre _____ Apellido _____

Identificación: ___-_____-___ Fecha de nacimiento: ___ ___ ___ (Día Mes Año) Edad: ___

Nombre del especialista _____ Apellido del especialista _____

Antecedentes médicos de la madre

1. Patológicos:

	Si	No
a. Cardiovascular	☐	☐
b. Neumológicos	☐	☐
c. Ginecológicos	☐	☐
d. Neurológicos	☐	☐
e. Renales	☐	☐
f. Gástricos	☐	☐

	Si	No
2. Quirúrgicos	☐	☐
3. Alérgicos	☐	☐
4. Traumáticos	☐	☐
5. Transfusionales	☐	☐

6. Otros: _____

Si usted ha indicado "si" en alguno de los antecedentes anteriores, favor completar las siguientes informaciones:

Punto No.	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha

Documentos y/o requisitos necesarios para la inclusión del neonato

1. Confirmar que la maternidad tiene cobertura.
2. Esta solicitud no aplica para los casos de embarazos gemelar o múltiples.
3. Tramitar la inclusión a más tardar a las 22 semanas y anexar:
   - Certificado del médico obstetra.
   - Reporte sonográfico, el cual debe ser emitido dos semanas antes de la solicitud de inclusión.
4. Las inclusiones no serán retroactivas.
5. Esta inclusión no genera carné, pero se visualiza en la facturación, con la misma tarifa de la familia a la cual pertenece.
6. Después de que el bebé nazca, solicitar la inclusión del dependiente en el formulario correspondiente, adjuntando fotocopia del acta de nacimiento.

Historia clínica de la madre

Resumen clínico: _____

Detalles del embarazo

Fecha de última mestruación: Día Mes Año Tiempo estimado de embarazo: _____ Fecha problable de parto: Día Mes Año

Tratamiento recibido: _____

_____

_____

Laboratorios / Estudios complementarios requeridos: _____

_____

_____

Resultados de estudios realizados: _____

_____

_____

Historia de embarazos anteriores: _____

_____

_____

Próxima cita: Día Mes Año

_____
Firma del solicitante

Datos del prestador

Codigo de afiliación médica: _____ No. Excequátur: _____

_____
Firma del especialista

UNIVERSAL (en adelante “La Compañía") se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción. La cobertura entra en vigor en la fecha de aprobación de esta solicitud indicada por La Compañía. Usted está de acuerdo que todas las repuestas mencionadas anteriormente son completas y verdaderas según su conocimiento y entendimiento. Si hubiera alguna respuesta falsa en esta solicitud, el contrato podrá ser anulado por La Compañía, sin ninguna consecuencia legal en contra de esta. Autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica, agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente de proveer a La Compañía cualquier información incluyendo copias de registros respecto a cuidado o tratamiento proporcionado a mi y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. El solicitante autoriza expresa e irrevocablemente a La Compañía a suministrar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesarios a los fines de evaluación de crédito por parte de otras instituciones suscriptores de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de La Compañía y/o por sus respectivos empleados, funcionarios y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal ni generará reponsabilidad bajo los Artículos 1382 y siguientes del Código Civil, ni bajo ningún otro texto legal, al tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cualesquiera acciones o demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por dicha causa, o por el suministro de información inexacta y prometiendo la sumisión de sus representantes, accionistas y demás causa habitantes a lo pactado en este Artículo en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil.

Este formulario debe ser llenado correctamente y devuelto en sobre sellado. El mismo debe estar acompañado del Formulario de Novedades.

* Nota: Cualquier omisión de datos o información referente a un padecimiento, la empresa tiene la autoridad de reservarse el derecho de cobertura al momento de ser solicitado.