

Registro de Inscripción Fecha: _____

CONVENIO COMPLEMENTARIO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA PREVENTIVA E INDEMNIZACION DE GASTOS POR SERVICIOS FUNERARIOS:

DATOS PERSONALES Y LABORALES DEL ASOCIADO, AFILIADO TITULAR

Apellidos: _____ Nombres: _____ Cédula: _____
 Nacionalidad: V ___ E ___ Edad _____ Sexo: M ___ F ___ Fecha de nacimiento: _____ Estado Civil: S ___ C ___ D ___ V ___
 Celular: _____ Dirección de habitación: _____ Municipio: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono de domicilio: _____ Dirección Electrónica: _____
 Institución a la que pertenece: _____ Activo: ___ Jubilado: ___ Cargo: _____
 Dirección de donde presta servicio: _____ Municipio: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono: _____

ANTECEDENTES DE SALUD Y/O MOTIVOS DE CONSULTA

Presenta algún síntoma que afecte su salud actualmente? : _____ Diagnóstico Presuntivo : _____
 Descripción del padecimiento: _____ Ha tenido tratamiento: _____
 Medico que le ha atendido: _____ **Observaciones:** _____

N	Nombres y apellidos	N° de Cédula	Edad	Sexo	Parentesco	Teléfono celular	Correo electrónico	Banco	N° Cuenta
1									
2									
3									
4									
5									

AUTORIZACIÓN

Yo, _____ Venezolano (a), titular de la cédula de identidad: _____ declaro que los datos suministrados por mí son correctos y los de todos mis familiares aquí nombrados, los cuales actualmente gozan de buena salud, igualmente otorgo autorización a CAPEM, para que realice el cobro del costo del programa de indemnización de gastos por servicios funerarios a través de domiciliación bancaria a mi cuenta nomina, cualquier otra cuenta con disponibilidad o de mis haberes disponibles en CAPEM.

MODALIDAD DE PAGO

Mensual _____ Anual _____

Observaciones:

- Para completar el registro es obligatorio anexar fotocopia digital de la cédula del afiliado titular y del grupo familiar protegido **LEGIBLE**.
- Agregue cualquier dato o información adicional que estime necesaria comunicar.

Firma Afiliado Titular

Huella dactilar

Firma y/o sello de la empresa

CONVENIO COMPLEMENTARIO PARA LA ASISTENCIA MÉDICA PREVENTIVA E INDEMNIZACION DE GASTOS POR
SERVICIOS FUNERARIOS:

PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA

A continuación agradecemos indicar antecedentes de salud y/o motivos de consulta del asociado titular y del grupo familiar protegido que requiera ser atendido:

Nombre y Apellido: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Desde cuando presenta los síntomas: _____ Diagnóstico Presuntivo : _____

Descripción del padecimiento: _____

Ha tenido tratamiento: _____ Medico que le ha atendido: _____

Observaciones: _____

Nombre y Apellido: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Desde cuando presenta los síntomas: _____ Diagnóstico Presuntivo : _____

Descripción del padecimiento: _____

Ha tenido tratamiento: _____ Medico que le ha atendido: _____

Observaciones: _____

Nombre y Apellido: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Desde cuando presenta los síntomas: _____ Diagnóstico Presuntivo : _____

Descripción del padecimiento: _____

Ha tenido tratamiento: _____ Medico que le ha atendido: _____

Observaciones: _____

Nombre y Apellido: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Desde cuando presenta los síntomas: _____

Descripción del padecimiento: _____

Desde cuando presenta los síntomas: _____ Diagnóstico Presuntivo : _____

ha tenido tratamiento: _____ Medico que le ha atendido: _____

Observaciones: _____

Nombre y Apellido: _____ Sexo: _____ Edad: _____

Desde cuando presenta los síntomas: _____ Diagnóstico Presuntivo : _____

Descripción del padecimiento: _____

Ha tenido tratamiento: _____ Medico que le ha atendido: _____

Observaciones: _____

Firma: _____