



IGUALAS MÉDICAS  
DEL ECUADOR S.A.

# TARJETA DE ENROLAMIENTO

## CONTRATANTE:

### DATOS DEL AFILIADO:

A) NOMBRES COMPLETOS: \_\_\_\_\_

APELLIDO PATERNO: \_\_\_\_\_ APELLIDO MATERNO: \_\_\_\_\_

B) CÉDULA DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_

C) CIUDAD: \_\_\_\_\_

D) FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

E) ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

F) SEXO: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_ FECHA DE INGRESO A LA EMPRESA: \_\_\_\_\_

SUELDO BÁSICO MES: \_\_\_\_\_

### G) INFORMACIÓN PARA PAGO DE RECLAMOS

BANCO: \_\_\_\_\_

CUENTA CORRIENTE No.: \_\_\_\_\_

CUENTA DE AHORROS No.: \_\_\_\_\_

### DEPENDIENTES PARA EL BENEFICIO DE ASISTENCIA MÉDICA (SÓLO CÓNYUGE o CONVIVIENTE LEGAL E HIJOS)

APELLIDOS		NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO
PATERNO	MATERNO					

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DE CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
EL AFILIADO

