

Autorizado por el MEIC, resolución # DAC-DPVM-RE-029-2015  
[www.medismart.net](http://www.medismart.net) | [info@medismart.net](mailto:info@medismart.net) | Call Center 2528-5400

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL PLAN DE MEDICINA PREPAGADA**

**MediSmart no es un seguro y no se encuentra regulado por la SUGESE**



FROMULARIO DE AFILIACIÓN					
DATOS PERSONALES DEL ASOCIADO					
Nombre completo:		Teléfono:			
Cedula:		Correo:			
Fecha de Nacimiento:		Estado Civil:			
		Fecha en que se afilia:			
Dirección: (provincia, cantón y distrito)					
DATOS DE LOS BENEFICIARIOS					
NOMBRE COMPLETO	CEDULA	CORREO ELECTRÓNICO	TELEFONO	DIRECCIÓN (provincia, cantón y distrito).	PARENTESCO
DATOS DE LAS MASCOTAS					
NOMBRE	RAZA	EDAD	COLOR	ESPECIE (PERRO/GATO)	GENERO
<b>LOS BENEFICIOS DEL PLAN, LOS ENCUENTRA EN EL SIGUIENTE ENLACE; <a href="https://www.medismart.net/beneficios-medismart">https://www.medismart.net/beneficios-medismart</a></b>					
<b>Costo mensual del plan</b>	\$13,56 titular / \$6,78 cada beneficiario / \$3,39 cada mascota	\$3,39 cada carnet	Monto total	\$	
<p>Autorizo a ASOGEDE a pagar a MEDISMART el monto indicado en el formulario+Carnet (se paga una única vez) por concepto de mi Plan Medismart y deducirlo en cuotas según las fechas de pago de mi salario.</p> <p>Se utilizará el tipo de cambio del Banco Central.</p> <p>EN CASO DE CUALQUIER CAMBIO QUE SUFRAN LOS DATOS SUMINISTRADOS ANTERIORMENTE ME COMPROMETO A COMUNICARLO DE INMEDIATO. ESTA SOLICITUD DE AFILIACION FORMA PARTE INTEGRAL DEL CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA Y DESCRIBE LAS CARACTERISTICAS DEL PLAN CONTRATADO.</p>					
Firma del asociado:					