



**IGUALAS MÉDICAS**  
DEL ECUADOR S.A.

# SOLICITUD DE AFILIACIÓN

## DATOS DEL CONTRIBUYENTE:

A.- RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_  
B.- DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
C.- No. TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
D.- No. FAX: \_\_\_\_\_  
E.- No. R.U.C.: \_\_\_\_\_  
F.- E-MAIL: \_\_\_\_\_  
G.- ACTIVIDAD DE LA EMPRESA: \_\_\_\_\_  
H.- RESPONSABLE DEL GRUPO: \_\_\_\_\_

## DETALLES DEL GRUPO:

I.- CONTRATO CONTRIBUTIVO \_\_\_\_\_ CONTRATO NO CONTRIBUTIVO \_\_\_\_\_  
PATRONO \_\_\_\_\_ % EMPLEADO \_\_\_\_\_ % SOLO PATRONO \_\_\_\_\_ SOLO EMPLEADO \_\_\_\_\_

J.- No. TOTAL EMPLEADOS DE LA EMPRESA \_\_\_\_\_

K.- No. EMPLEADOS AFILIABLES \_\_\_\_\_

L.- No. EMPLEADOS AFILIADOS \_\_\_\_\_

M.- SU EMPRESA HA CONTRADO UN PLAN MÉDICO ANTERIORMENTE: SÍ \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

N.- SI LA RESPUESTA ANTERIOR FUE SÍ, INDIQUE CON QUÉ EMPRESA: \_\_\_\_\_

O.- FECHA DE INICIO DEL CONTRATO: \_\_\_\_\_

Por la presente certifico, en nombre de la empresa, que todos los detalles necesarios para la emisión del contrato han sido indicados, y a nombre de la empresa, solicito que se emita el contrato para todos los empleados de la misma y sus dependientes elegibles, si procediere, a partir de la fecha indicada anteriormente.

Declaro según mi leal saber y entender, que la información aquí indicada es verdadera y completa.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ Firmado a nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_

Nombre del firmante: \_\_\_\_\_ Cargo en la Empresa: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL BROKER:

P.- EJECUTIVA (O) DE CUENTA: \_\_\_\_\_

Q.- FECHA: \_\_\_\_\_