

Ciudad y fecha:

Señores
COLSANITAS S.A.- MEDISANITAS S.A.
Ciudad

Asunto: Trámite Solicitud No. _____

Apreciados señores:

De manera atenta solicito tramitar mi afiliación al servicio de COLSANITAS____
MEDISANITAS____ PLAN ODONTOLÓGICO____ PLAN MÉDICO
DOMICILIARIO____ mediante la solicitud en asunto.

Dirección: _____ Ciudad: _____

Teléfono Fijo: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____

Para tal efecto, suministro mis datos y los de mi grupo familiar, así:

(Tenga en cuenta diligenciar los siguientes datos en el mismo orden en el que diligenciará el cuestionario de salud)

No DE USUARIO	NOMBRE	DOCUMENTO	FECHA NACIMIENTO	PARENTESCO	EPS ACTUAL
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Cordial saludo,

Firma del titular**Anexo: Fotocopia documentos de identidad****Adjunto: Cuestionario médico (No aplica para Plan Médico Domiciliario Plus y Colsanitas Dental)**