

**FICHA DE INSCRIPCIÓN AL
PROGRAMA KRYSTAL**

Fecha de inscripción: _____
Nombres y apellidos: _____
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ DNI/CE: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ Distrito: _____
Correo Electrónico: _____
Nombre del titular: _____ Empleador: _____

Estimado(a) afiliado(a):

Mediante la presente nos es grato invitarlo(a) a participar del Programa de Control y Seguimiento de Enfermedades Crónicas de Sanitas, el cual nos permite cuidarlo y brindarle el seguimiento a sus problemas de salud.

Le ofrecemos el tratamiento médico más adecuado basado en la evidencia científica actualizada de mayor contundencia, con los especialistas que Sanitas y le ofrecen y ponen a su disposición, bajo las condiciones del Programa y según las especificaciones de su plan de salud, para las siguientes patologías:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

