

SOLICITUD DE AFILIACIÓN Y DECLARACIÓN DE SALUD

NUEVA ACTUALIZACIÓN DE DATOS CAMBIO DE PLAN

Ciudad _____ Fecha de Solicitud _____ Fecha Inicio Vigencia _____ Contrato N° _____ Certificado N° _____

Broker/Agente _____

DATOS DE CONTRATANTE:

NOMBRE COMPLETO:	
CI/RUC:	
EMAIL:	
DIRECCIÓN:	TELÉFONO:
CELULAR:	CIUDAD:

1.- INFORMACIÓN DEL TITULAR

NOMBRES Y APELLIDOS:										
RUC		N°	FECHA DE NACIMIENTO	/	/	GÉNERO	M	ESTADO CIVIL	SOLTERO	VIUDO
CI							F		CASADO	UNIÓN LIBRE
OTRO									DIVORCIADO	
OCUPACIÓN:					CORREO ELECTRÓNICO:					
CIUDAD Y DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:					TELÉFONO:		TELÉFONO CELULAR:			
CIUDAD Y DIRECCIÓN DE TRABAJO:					DIRECCIÓN ENVÍO DE CORRESPONDENCIA:		TRABAJO	RESIDENCIA		

1.1.- INFORMACIÓN TITULAR EXTRANJERO

NACIONALIDAD		ESTADO MIGRATORIO	
FECHA EXPEDICIÓN PASAPORTE	/ /	FECHA CADUCIDAD PASAPORTE	/ /
FECHA INGRESO AL PAÍS		/ /	

1.2.- CUENTA DEL TITULAR PARA ACREDITACIÓN DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS POR ENFERMEDAD O ACCIDENTE

BANCO		N° DE CUENTA		CUENTA DE AHORROS	CUENTA CORRIENTE
NOMBRE DUEÑO DE LA CUENTA			NÚMERO DE CÉDULA		
VIENE DE OTRO SEGURO DE MEDICINA PREPAGADA		SI	¿CUÁL?		
		NO			

2.- INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES

N° IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO	FECHA DE NACIMIENTO	PARENTESCO
						/ /	
						/ /	
						/ /	
						/ /	
						/ /	

3.- INFORMACIÓN DEL CONTRATO VALOR DE PRIMA

NOMBRE DEL PLAN	FRECUENCIA DE PAGO	MODALIDAD	CUOTA TOTAL A PAGAR
	MENSUAL <input type="checkbox"/> TRIMESTRAL <input type="checkbox"/> SEMESTRAL <input type="checkbox"/> ANUAL <input type="checkbox"/>	TS <input type="checkbox"/> T+1 <input type="checkbox"/> T+F <input type="checkbox"/>	

4.- DETALLE DE FACTURACIÓN:

NOMBRE COMPLETO:	
CI/RUC:	
EMAIL:	
DIRECCIÓN:	TELÉFONO:
CELULAR:	CIUDAD:

SOLICITUD DE AFILIACIÓN Y DECLARACIÓN DE SALUD

Declaración de salud (Titular, cónyuge e hijos)

1. ¿Usted o sus dependientes tienen o han tenido patologías preexistentes que han sido diagnosticadas a consecuencia de enfermedad y/o accidente, que hayan requerido de hospitalización, tratamiento médico y/o exámenes médicos y/o medicamentos con anterioridad a la solicitud del presente contrato o la inclusión de su dependiente?

SI NO

--	--

2.- ¿Presenta algún tipo de discapacidad calificada por el Conadis? **Si su respuesta es positiva adjunte carnet de Conadis.**

--	--

Proporcionar detalles de las respuestas afirmativas del punto anterior

NOMBRE Y APELLIDO	ENFERMEDAD / ACCIDENTE	FECHA INICIO TRATAMIENTO	NOMBRE DEL AFILIADO	CIRUGÍA	MÉDICO TRATANTE

Mediante la suscripción del presente documento, otorgo expresamente mi consentimiento para el tratamiento de datos personales, así como declaro contar con la autorización expresa de cada una de las personas titulares de datos personales que se encuentran detallados en el presente documento, por tal motivo, declaro que he sido informado y autorizo de manera libre, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, que todos los datos personales y de salud proporcionados en este instrumento, serán accedidos y tratados por CONFIAMED S.A., para brindar el servicio de medicina prepagada, facturación y herramientas de mejoras en el servicio. De expresar mi negativa a brindar todos los datos personales aquí consignados o de no autorizar el acceso a dichos datos personales que son pertinentes y necesarios CONFIAMED S.A., no podrá cumplir con el servicio de medicina prepagada. En este sentido he sido informado que todos los datos personales serán incluidos en una base sujeta a registro, bajo la titularidad de CONFIAMED S.A. Por lo tanto, autorizo expresamente a Confiamed a:

- i) Tratamiento y la transferencia de los datos personales a terceros proveedores de CONFIAMED S.A. que brindan herramientas de soluciones tecnológicas con la finalidad de la mejora continua del servicio de medicina prepagada.
- ii) A la transferencia de datos personales y de salud a prestadores de salud o de asistencias médicas y para todo proceso de reembolso en caso de ser necesario.
- iii) A la utilización de terceros proveedores de servicios de autocompletado de información y pobladoras de datos. Adicional a lo expuesto se le informa que usted y todos los titulares de datos personales aquí detallados podrán ejercer sus Derechos ARCO contemplados en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, incluyendo la revocatoria al consentimiento, a través de una solicitud dirigida a CONFIAMED S.A. Así como también se informa que CONFIAMED S.A., podrá realizar las siguientes finalidades con los datos personales proporcionados:
 - Realizar encuestas de satisfacción para mejorar la calidad de los servicios brindados.
 - Envío de comunicaciones referidas a nuevos servicios y/o promociones.

Certifico que la información proporcionada en este documento es verdadera. Así como también, autorizo a CONFIAMED S.A. de manera libre, voluntaria, informada e inequívoca, a que, en lo posterior y para el cumplimiento del servicio adquirido, la Compañía solicite toda la información que sea necesaria al Médico o Institución Hospitalaria donde yo reciba atención médica. Declaro que, tanto Confiamed S.A. como los prestadores están autorizados al tratamiento de todos mis datos personales sensibles en apego a lo indicado en la Ley de Protección de Datos Personales y para la finalidad de que brinden el servicio de medicina prepagada. Por tal motivo, Confiamed podrá acceder de forma física o a través de medios electrónicos a: exámenes clínicos, historia clínica completa, recetas médicas o cualquier otro documento que se requiera para la correcta ejecución del contrato de medicina prepagada.

Firma Contratante / Titular: _____

Firma y Sello ASESOR: _____

Cédula de Ciudadanía N°: _____

Nombre y Apellido: _____

Código: _____