

CIUDAD	FECHA DE SOLICITUD DD MM AAAA	☐ NUEVA ☐ ACTUALIZACIÓN DE DATOS ☐ CAMBIO DE PLAN	FECHA INICIO VIGENCIA DD MM AAAA	CONTRATO N°	CERTIFICADO N°
--------	--------------------------------------	--	---	-------------	----------------

BROKER / AGENTE

1.- INFORMACIÓN DEL TITULAR 1

NOMBRES Y APELLIDOS

C.I. ☐	N°.	FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO	M ☐	F ☐	ESTADO CIVIL	SOLTERO ☐	VIUDO ☐	ESTATURA	MTS	
RUC ☐									CASADO ☐	UNIÓN ☐			PESO
PAS. ☐									DIVORCIADO ☐	LIBRE ☐			
OCUPACIÓN									TELÉFONO CELULAR:				

CIUDAD Y DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	EMAIL:	TELÉFONO:
-----------------------------------	--------	-----------

CIUDAD Y DIRECCIÓN DE TRABAJO:	TELÉFONO TRABAJO:	DIRECCIÓN ENVÍO DE CORRESPONDENCIA TRABAJO ☐ RESIDENCIA ☐
--------------------------------	-------------------	--

1.1.- INFORMACIÓN TITULAR EXTRANJERO

NACIONALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE:	FECHA CADUCIDAD PASAPORTE:	ESTADO MIGRATORIO:	FECHA DE INFRESO AL PAÍS:
--------------	------------------------------------	----------------------------	--------------------	---------------------------

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

BANCO	N° CUENTA	CTA. AHORROS ☐	CTA. CORRIENTE ☐
-------	-----------	---------------------------------------	---

NOMBRE DUEÑO DE LA CUENTA	CÉDULA
---------------------------	--------

VIENE DE OTRO SEGURO DE MEDICINA PREPAGADA	SI ☐ NO ☐	¿CUÁL?
--	--	--------

1.2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO Y VALOR DE CUOTA DEL SEGURO

PLAN	☐ \$5.000	☐ \$10.000	FRECUENCIA DE PAGO	☐ MENSUAL	☐ TRIMESTRAL	☐ SEMESTRAL	☐ ANUAL	CUOTA TOTAL A PAGAR USD:
------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	--------------------------

2.- INFORMACIÓN DEL TITULAR 2

NOMBRES Y APELLIDOS

C.I. ☐	N°.	FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO	M ☐	F ☐	ESTADO CIVIL	SOLTERO ☐	VIUDO ☐	ESTATURA	CM.	
RUC ☐									CASADO ☐	UNIÓN ☐			PESO
PAS. ☐									DIVORCIADO ☐	LIBRE ☐			
OCUPACIÓN									TELÉFONO CELULAR:				

CIUDAD Y DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	EMAIL:	TELÉFONO:
-----------------------------------	--------	-----------

CIUDAD Y DIRECCIÓN DE TRABAJO:	TELÉFONO TRABAJO:	DIRECCIÓN ENVÍO DE CORRESPONDENCIA TRABAJO ☐ RESIDENCIA ☐
--------------------------------	-------------------	--

2.1.- INFORMACIÓN TITULAR EXTRANJERO

NACIONALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE:	FECHA CADUCIDAD PASAPORTE:	ESTADO MIGRATORIO:	FECHA DE INFRESO AL PAÍS:
--------------	------------------------------------	----------------------------	--------------------	---------------------------

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

BANCO	N° CUENTA	CTA. AHORROS ☐	CTA. CORRIENTE ☐
-------	-----------	---------------------------------------	---

NOMBRE DUEÑO DE LA CUENTA	CÉDULA
---------------------------	--------

VIENE DE OTRO SEGURO DE MEDICINA PREPAGADA	SI ☐ NO ☐	¿CUÁL?
--	--	--------

2.2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO Y VALOR DE CUOTA DEL SEGURO

PLAN	☐ \$5.000	☐ \$10.000	FRECUENCIA DE PAGO	☐ MENSUAL	☐ TRIMESTRAL	☐ SEMESTRAL	☐ ANUAL	CUOTA TOTAL A PAGAR USD:
------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	--------------------------

3.- INFORMACIÓN DEL TITULAR 3

NOMBRES Y APELLIDOS

C.I. ☐	N°.	FECHA DE NACIMIENTO			GÉNERO	M ☐	F ☐	ESTADO CIVIL	SOLTERO ☐	VIUDO ☐	ESTATURA	CM.	
RUC ☐									CASADO ☐	UNIÓN ☐			PESO
PAS. ☐									DIVORCIADO ☐	LIBRE ☐			
OCUPACIÓN									TELÉFONO CELULAR:				

CIUDAD Y DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:	EMAIL:	TELÉFONO:
-----------------------------------	--------	-----------

CIUDAD Y DIRECCIÓN DE TRABAJO:	TELÉFONO TRABAJO:	DIRECCIÓN ENVÍO DE CORRESPONDENCIA TRABAJO ☐ RESIDENCIA ☐
--------------------------------	-------------------	--

3.1.- INFORMACIÓN TITULAR EXTRANJERO

NACIONALIDAD	FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE:	FECHA CADUCIDAD PASAPORTE:	ESTADO MIGRATORIO:	FECHA DE INFRESO AL PAÍS:
--------------	------------------------------------	----------------------------	--------------------	---------------------------

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

BANCO	N° CUENTA	CTA. AHORROS ☐	CTA. CORRIENTE ☐
-------	-----------	---------------------------------------	---

NOMBRE DUEÑO DE LA CUENTA	CÉDULA
---------------------------	--------

VIENE DE OTRO SEGURO DE MEDICINA PREPAGADA	SI ☐ NO ☐	¿CUÁL?
--	--	--------

3.2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO Y VALOR DE CUOTA DEL SEGURO

PLAN	☐ \$5.000	☐ \$10.000	FRECUENCIA DE PAGO	☐ MENSUAL	☐ TRIMESTRAL	☐ SEMESTRAL	☐ ANUAL	CUOTA TOTAL A PAGAR USD:
------	----------------------------------	-----------------------------------	--------------------	----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------	--------------------------

4.- DETALLE DE FACTURACIÓN

5.- DETALLE DE CONTRATANTE

NOMBRE COMPLETO:	NOMBRE COMPLETO:
C.I. / RUC:	C.I. / RUC:
E-MAIL:	E-MAIL:
DIRECCIÓN:	DIRECCIÓN:
CEL.:	CEL.:
CIUDAD:	CIUDAD:

☐ Acepto que mi factura electrónica llegue a mi correo electrónico:

6.- DECLARACIÓN DE SALUD (TITULAR, CÓNYUGE E HIJOS)		
¿Usted o sus dependientes padecen o han padecido, están bajo tratamiento o han sido informados de algunas de las siguientes enfermedades?	SI	NO
1.- ¿Asma, sinusitis, rinitis, amigdalitis crónica, hipertrofia de adenoides, bronquitis, neumonía, enfermedad pulmonar u otras enfermedades del sistema respiratorio?		
2.- ¿Dolor en el pecho, hipertensión arterial, arritmias, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos, trastornos de las válvulas del corazón u otras enfermedades cardíacas?		
3.- ¿Várices, insuficiencia venosa, trombosis, trastornos de la sangre u otras enfermedades del sistema circulatorio?		
4.- ¿Epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, cefaleas /migrañas, accidente cerebro vascular, parálisis u otras enfermedades del sistema nervioso?		
5.- ¿Trastorno mental, psiquiátrico o de la conducta?		
6.- ¿Enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga, próstata, vías urinarias, órganos de reproducción u otras enfermedades del sistema excretor?		
7.- ¿Enfermedades o desórdenes de la piel, quistes, acné, lunares que hayan cambiado de forma, tamaño y/o color?		
8.- ¿Diabetes, trastorno de la glándula tiroidea, suprarrenal, hipófisis, gota, alteración de los lípidos u otras enfermedades del sistema endocrino?		
9.- ¿Trastornos del estómago, esófago, intestino, hígado, páncreas, vesícula biliar, recto o ano, apendicitis, diarreas crónicas o estreñimiento frecuente u otro desorden del sistema digestivo?		
10.- ¿Trastornos de la columna vertebral (cervical, dorsal, lumbar), huesos, articulaciones, músculos, ligamentos, meniscos, tendones u otras enfermedades del sistema osteocartilaginoso?		
11.- ¿Hernia de cualquier tipo?		
12.- ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?		
13.- ¿Alergia de tipo dermatológica, respiratoria, alimentaria, medicamentosa, etc.?		
14.- ¿Trastornos menstruales, secreciones vaginales frecuentes, enfermedades del útero, ovarios senos?		
15.- ¿Trastornos del aparato genital de los órganos de reproducción, enfermedades de transmisión sexual?		
16.- ¿Accidentes, fracturas, lesiones, deformidades o amputación, colocación de prótesis?		
17.- ¿Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)?		
18.- ¿Cáncer o tumores de cualquier tipo?		
19.- ¿Trastornos o enfermedades autoinmunes? tales como: artritis reumatoide, psoriasis, lupus Eritematoso, síndromes antifosfolípidos, esclerosis múltiple etc.		
20.- Si es mujer: ¿Se encuentra usted en estado de gestación (embarazo)?		
21.- ¿Fuman cigarrillos u otros productos derivados del tabaco? En caso de ser afirmativo, ¿Qué cantidad al día? (Indique cuántos) _____		
22.- ¿Consume drogas u otras sustancias psicotrópicas?		
23.- ¿Presenta algún tipo de discapacidad calificada por el Conadis?		
24.- ¿Presenta alguna otra patología no descrita en esta declaración?		
25.- ¿Diagnóstico de COVID 19?		

PROPORCIONAR DETALLES DE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS DEL PUNTO ANTERIOR						
NOMBRE Y APELLIDO DEL AFILIADO	ENFERMEDAD / ACCIDENTE (DIAGNÓSTICO)	DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD / ACCIDENTE		TRATAMIENTO / CIRUGÍA REALIZADA	NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE	TELÉFONO DEL MÉDICO TRATANTE
		DESDE	HASTA			
		DESDE	HASTA			
		DESDE	HASTA			
		DESDE	HASTA			
		DESDE	HASTA			

IMPORTANTE: En caso de haber declarado alguna enfermedad o accidente, es necesario que adjunte historial clínico, certificados, informe médico y resultados de exámenes que respalden su condición de salud.

El interesado declara que ha respondido en forma exacta y veraz a cada una de las preguntas que constan en esta solicitud de afiliación.

La Compañía CONFIAMED S.A. medicina prepagada, se reserva el derecho de comprobar en cualquier tiempo si el contenido de este documento corresponden o no al verdadero estado de salud del titular o sus dependientes. Igualmente se reserva expresamente el derecho de dar por terminado en cualquier tiempo el presente trámite para no efectuar la emisión del contrato con respecto a alguno o a todos los dependientes, al comprobar que la declaración no corresponde total o parcialmente al verdadero estado de salud.

Autorizo a CONFIAMED solicitar en cualquier momento al médico o profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar, y a estos para otorgar a CONFIAMED las copias certificadas de la historia clínica o cualquier información sobre nuestro estado de salud.

Es entendido por el solicitante y queda claramente establecido, que el recibo o cualquier documento de comprobación de pago de parte de CONFIAMED con anterioridad a la emisión del contrato, o la aceptación tácita de tales eventos, para los cuales debe recibir mediar manifestación expresa y previa de la voluntad por parte de CONFIAMED.

En caso de que sea aprobada esta solicitud de afiliación, el valor cobrado se tendrá como pago anticipado de la tarifa correspondiente al primer período de pago.

Mediante la suscripción del presente documento, otorgo expresamente mi consentimiento para el tratamiento de datos personales y 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 los datos personales y de salud que brindo, son 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 mis datos personales o de no autorizar el acceso a los datos personales estrictamente pertinentes y necesarios, CONFIAMED S.A., no podrá cumplir con los fines expuestos. He sido informado que mis datos personales serán incluidos en una base de datos sujeta a registro, bajo la titularidad de CONFIAMED S.A. En tal sentido autorizo expresamente a Confiamed a: i) Tratamiento y la transferencia de mis datos 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 en caso de ser necesario 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. Adicionalmente, 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.

Firma Titular 1		Firma Titular 2		Firma Titular 3	
C.I.: _____		C.I.: _____		C.I.: _____	
Firma y sello ASESOR					
Nombre y Apellido: _____					
Código: _____					

OBSERVACIONES PARA TOMAR EN CUENTA AL MOMENTO DE EMISIÓN: (ESPACIO EXCLUSIVO PARA CONFIAMED).