

Nueva ☐ Actualización de datos ☐ Cambio de plan ☐

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

DD / MM / AAAA DD / MM / AAAA

Broker/Agente

DATOS DE CONTRATANTE

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

1.- INFORMACIÓN DEL TITULAR 1

NOMBRES Y APELLIDOS:			
RUC	N°	FECHA DE NACIMIENTO	DD / MM / AAAA
CI		GÉNERO	M ☐ F ☐
OTRO		ESTADO CIVIL	SOLTERO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐
OCUPACIÓN:		EMAIL:	
CIUDAD Y DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:		TELÉFONO CELULAR: TELÉFONO:	
CIUDAD Y DIRECCIÓN DE TRABAJO:		DIRECCIÓN ENVÍO DE CORRESPONDENCIA: TRABAJO ☐ RESIDENCIA ☐	

1.1.- INFORMACIÓN TITULAR EXTRANJERO

NACIONALIDAD	ESTADO MIGRATORIO
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE	DD / MM / AAAA
FECHA DE CADUCIDAD PASAPORTE	DD / MM / AAAA
FECHA DE INGRESO AL PAÍS	DD / MM / AAAA

1.2.- 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	NÚMERO DE CÉDULA	
VIENE DE OTRO SEGURO DE MEDICINA PREPAGADA	SI ☐ NO ☐	¿CUÁL?

1.3.- INFORMACIÓN DEL CONTRATO Y VALOR DE PRIMA

NOMBRE DEL PLAN	FRECUENCIA DE PAGO	RED	CUOTA TOTAL A PAGAR
	MENSUAL ☐ TRIMESTRAL ☐ SEMESTRAL ☐ ANUAL ☐	RED 1 ☐ RED 2 ☐	
CON MATERNIDAD ☐		SIN MATERNIDAD ☐	

2.- INFORMACIÓN DEL TITULAR 2

NOMBRES Y APELLIDOS:			
RUC	N°	FECHA DE NACIMIENTO	DD / MM / AAAA
CI		GÉNERO	M ☐ F ☐
OTRO		ESTADO CIVIL	SOLTERO ☐ CASADO ☐ DIVORCIADO ☐
OCUPACIÓN:		EMAIL:	
CIUDAD Y DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:		TELÉFONO CELULAR: TELÉFONO:	
CIUDAD Y DIRECCIÓN DE TRABAJO:		DIRECCIÓN ENVÍO DE CORRESPONDENCIA: TRABAJO ☐ RESIDENCIA ☐	

2.1.- INFORMACIÓN TITULAR EXTRANJERO

NACIONALIDAD	ESTADO MIGRATORIO
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE	DD / MM / AAAA
FECHA DE CADUCIDAD PASAPORTE	DD / MM / AAAA
FECHA DE INGRESO AL PAÍS	DD / MM / AAAA

2.2.- 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	NÚMERO DE CÉDULA	
VIENE DE OTRO SEGURO DE MEDICINA PREPAGADA	SI ☐ NO ☐	¿CUÁL?

2.3.- INFORMACIÓN DEL CONTRATO Y VALOR DE PRIMA

NOMBRE DEL PLAN	FRECUENCIA DE PAGO	RED	CUOTA TOTAL A PAGAR
	MENSUAL ☐ TRIMESTRAL ☐ SEMESTRAL ☐ ANUAL ☐	RED 1 ☐ RED 2 ☐	
CON MATERNIDAD ☐		SIN MATERNIDAD ☐	

3.- INFORMACIÓN DEL TITULAR 3

NOMBRES Y APELLIDOS:									
RUC		Nº	FECHA DE NACIMIENTO	DD / MM / AAAA	GÉNERO	M	ESTADO CIVIL	SOLTERO	VIUDO
CI						F		CASADO	UNIÓN
OTRO								DIVORCIADO	LIBRE
OCUPACIÓN:							EMAIL::		
CIUDAD Y DIRECCIÓN DE RESIDENCIA:							TELÉFONO CELULAR:		TELÉFONO:
CIUDAD Y DIRECCIÓN DE TRABAJO:							DIRECCIÓN ENVÍO DE CORRESPONDENCIA: TRABAJO ☐ RESIDENCIA ☐		

3.1.- INFORMACIÓN TITULAR EXTRANJERO

NACIONALIDAD		ESTADO MIGRATORIO	
FECHA DE EXPEDICIÓN DEL PASAPORTE	DD / MM / AAAA	FECHA DE CADUCIDAD PASAPORTE	DD / MM / AAAA
		FECHA DE INGRESO AL PAÍS	DD / MM / AAAA

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

BANCO		Nº CUENTA		CTA. AHORROS ☐ CTA. CORRIENTE ☐
NOMBRE DUEÑO DE LA CUENTA			NÚMERO DE CÉDULA	
VIENE DE OTRO SEGURO DE MEDICINA PREPAGADA		SI ☐ NO ☐	¿CUÁL?	

3.3.- INFORMACIÓN DEL CONTRATO Y VALOR DE PRIMA

NOMBRE DEL PLAN	FRECUENCIA DE PAGO				RED		CUOTA TOTAL A PAGAR
	MENSUAL ☐	TRIMESTRAL ☐	SEMESTRAL ☐	ANUAL ☐	RED 1 ☐	RED 2 ☐	
CON MATERNIDAD ☐				SIN MATERNIDAD ☐			

4.- DETALLE DE FACTURACIÓN

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

5.- 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 osteoarticular?		
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

NOMBRES Y APELLIDOS DE LA PERSONA	ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE	DURACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y/O ACCIDENTE		TRATAMIENTO Y/O CIRUGÍA	NOMBRE DEL MÉDICO TRATANTE	TELÉFONO DEL MÉDICO TRATANTE
		DESDE	HASTA			

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.

Firma y sello ASESOR
Nombre y Apellido
Código

Firma Afiliado1
C.I.

Firma Afiliado2
C.I.

Firma Afiliado3
C.I.