

Solicitud de afiliación

Ciudad _____ Fecha de solicitud _____ Broker / Agente _____

Información del titular 1

Nombres y apellidos _____

Fecha de Nacimiento _____ Género: M F Nacionalidad _____

Email _____ Teléfono celular _____ Teléfono _____

Ciudad de residencia _____ Nº identificación _____ CI RUC PAS.

¿Viene de otra empresa de medicina prepagada? Si No ¿Cuál? _____

*Si viene de otra empresa de medicina prepagada por favor adjunte el certificado.

Cuenta para acreditación de reembolso de gastos médicos por enfermedad o accidente

Nombre Institución Financiera _____

Nº Cuenta _____ Tipo de Cuenta: Cte. Aho. Nº Identificación dueño de la cuenta _____

Nombres y apellidos dueño de la cuenta _____

Información del contrato y valor de cuota del plan de medicina prepagada

| | | | | | | |
|------|---|-----|--|---|---|-------------------------------|
| Plan | <input type="checkbox"/> \$10.000 <input type="checkbox"/> \$60.000 <input type="checkbox"/> \$30.000 <input type="checkbox"/> \$110.000 | Red | <input type="checkbox"/> 1 TOP <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> con maternidad <input type="checkbox"/> con control niño sano <input type="checkbox"/> sin control niño sano | <input type="checkbox"/> sin maternidad | Frecuencia de pago _____ |
| | | | | | | Cuota total a pagar USD _____ |

Información del titular 2

Nombres y apellidos _____

Fecha de Nacimiento _____ Género: M F Nacionalidad _____

Email _____ Teléfono celular _____ Teléfono _____

Ciudad de residencia _____ Nº identificación _____ CI RUC PAS.

¿Viene de otra empresa de medicina prepagada? Si No ¿Cuál? _____

*Si viene de otra empresa de medicina prepagada por favor adjunte el certificado.

Cuenta para acreditación de reembolso de gastos médicos por enfermedad o accidente

Nombre Institución Financiera _____

Nº Cuenta _____ Tipo de Cuenta: Cte. Aho. Nº Identificación dueño de la cuenta _____

Nombres y apellidos dueño de la cuenta _____

Información del contrato y valor de cuota del plan de medicina prepagada

| | | | | | | |
|------|---|-----|--|---|---|-------------------------------|
| Plan | <input type="checkbox"/> \$10.000 <input type="checkbox"/> \$60.000 <input type="checkbox"/> \$30.000 <input type="checkbox"/> \$110.000 | Red | <input type="checkbox"/> 1 TOP <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> con maternidad <input type="checkbox"/> con control niño sano <input type="checkbox"/> sin control niño sano | <input type="checkbox"/> sin maternidad | Frecuencia de pago _____ |
| | | | | | | Cuota total a pagar USD _____ |

Información del titular 3

Nombres y apellidos _____

Fecha de Nacimiento _____ Género: M F Nacionalidad _____

Email _____ Teléfono celular _____ Teléfono _____

Ciudad de residencia _____ Nº identificación _____ CI RUC PAS.

¿Viene de otra empresa de medicina prepagada? Si No ¿Cuál? _____

*Si viene de otra empresa de medicina prepagada por favor adjunte el certificado.

Cuenta para acreditación de reembolso de gastos médicos por enfermedad o accidente

Nombre Institución Financiera _____

Nº Cuenta _____ Tipo de Cuenta: Cte. Aho. Nº Identificación dueño de la cuenta _____

Nombres y apellidos dueño de la cuenta _____

Información del contrato y valor de cuota del plan de medicina prepagada

| | | | | | | |
|------|---|-----|--|---|---|-------------------------------|
| Plan | <input type="checkbox"/> \$10.000 <input type="checkbox"/> \$60.000 <input type="checkbox"/> \$30.000 <input type="checkbox"/> \$110.000 | Red | <input type="checkbox"/> 1 TOP <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> con maternidad <input type="checkbox"/> con control niño sano <input type="checkbox"/> sin control niño sano | <input type="checkbox"/> sin maternidad | Frecuencia de pago _____ |
| | | | | | | Cuota total a pagar USD _____ |

Detalle de Contratante

Nombre completo _____
 C.I. / RUC _____
 Email _____
 Teléfono celular _____
 Ciudad _____

Detalle de Facturador *No llenar en caso de que sea el contratante

Nombre completo _____
 C.I. / RUC _____
 Email _____
 Teléfono celular _____
 Ciudad _____

Acepto que mi factura electrónica llegue a mi correo electrónico:

Declaración de salud (Titular, cónyuge e hijos)

SI NO

1. 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?

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 anteriorNombre y apellido
del afiliadoEnfermedad/accidente
(Diagnóstico)Fecha inicio de
enfermedad/accidenteTratamiento/
cirugía realizadaNombre del
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
C.I.: _____

Firma y sello ASESOR
Nombre y Apellido: _____
Código: _____