

FORMULARIO INDIVIDUAL DE SOLICITUD/INCLUSIÓN DEL ASEGURADO PARA EL SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA PLAN CORPORATIVO Y DECLARACIÓN DE SALUD



SECCIÓN A. DATOS DEL ASEGURADO

Nombres completos					
Apellidos completos					
<input type="checkbox"/> C.I	<input type="checkbox"/> RUC	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número		Fecha de Nacimiento
		<small>Día/Mes/Año</small>			
Género	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	País emisión pasaporte		
Dirección de residencia					
Ciudad				Teléfono Celular	
Email				Teléfono Domicilio	

CUENTA BANCARIA DEL ASEGURADO TITULAR PARA ACREDITACIÓN DE REEMBOLSO

Banco					
Número de cuenta				<input type="checkbox"/> Cuenta de Ahorros	<input type="checkbox"/> Cuenta corriente

SECCIÓN B. DEPENDIENTES PARA INCLUIR EN EL SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA

Nombres completos					
Apellidos completos					
<input type="checkbox"/> C.I	<input type="checkbox"/> RUC	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número		Fecha de Nacimiento
		<small>Día/Mes/Año</small>			
Parentesco					

Nombres completos					
Apellidos completos					
<input type="checkbox"/> C.I	<input type="checkbox"/> RUC	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número		Fecha de Nacimiento
		<small>Día/Mes/Año</small>			
Parentesco					

Nombres completos					
Apellidos completos					
<input type="checkbox"/> C.I	<input type="checkbox"/> RUC	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número		Fecha de Nacimiento
		<small>Día/Mes/Año</small>			
Parentesco					

Nombres completos					
Apellidos completos					
<input type="checkbox"/> C.I	<input type="checkbox"/> RUC	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número		Fecha de Nacimiento
		<small>Día/Mes/Año</small>			
Parentesco					

Nombres completos					
Apellidos completos					
<input type="checkbox"/> C.I	<input type="checkbox"/> RUC	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número		Fecha de Nacimiento
		<small>Día/Mes/Año</small>			
Parentesco					

SECCIÓN C. DECLARACIÓN DE SALUD

Diagnósticos	Nombres de quienes padecen la condición
Hipertensión arterial	
Diabetes de cualquier tipo	
Cancer y Tumores benignos o malignos	
Tumores benignos o malignos (Tiroides, seno, útero, ovario, próstata, etc.)	
Lupus	
Artritis, artrosis, reumatismo	
Problemas en las rodillas	
Desviación del tabique nasal	
Rinitis , sinusitis	
Hernia de columna	
Hernia abdominal	
Úlcera gástrica	
Cálculos a la vesícula	
Cálculos al riñón	
Infección de vías urinarias o repetición	
Várices	
Problemas del corazón	
Insuficiencia renal	
Hemorroides	
Depresión	
Sangrados uterinos, miomas	
Enfermedad de la próstata	
Enfermedad de la tiroides	
Linfoma leucemia	
Cirrosis hepática	
Distrofia muscular	
Esclerosis lateral amiotrófica / Múltiple	
Otros	

SECCIÓN D. INFORMACIÓN LEGAL

Declaración de Información: El Asegurado Titular, declara tener pleno conocimiento de que la información entregada es verdadera, completa y actualizada. Además, declara haber obtenido la autorización y/o ser representante legal autorizado de todas las personas que sean mencionadas en la presente solicitud. Cualquier falsedad en esta solicitud será considerada como indicios de mala fé contractual. Declara además que cuenta con la autorización de sus dependientes para compartir sus datos personales con BUPA ECUADOR y, que por eso consciente el tratamiento de los mismos, de acuerdo con la política descrita a continuación.

Política de Privacidad: BUPA ECUADOR S.A. (en adelante "la Compañía") con domicilio en Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador, Piso 3, Quito, Ecuador, emite la presente política de protección de datos personales (en adelante, la "Política"), que regula la recopilación y tratamiento de todos los datos personales que el Asegurado Titular y/o sus dependientes proporcionen directamente y/o autoricen a recabar de terceros; incluyendo datos personales sensibles. Con la firma de este documento, el Asegurado Titular declara haber leído, entendido y aceptado la Política. Declaro conocer que si BUPA ECUADOR S.A. verifica falsedad y/o reticencia en la información proporcionada, será causal para dar por terminado el contrato de seguro, de conformidad con la póliza a la que se adhiere esta solicitud que forma parte integrante del contrato de seguro, y, o negar cualquier cobertura solicitada.

Para efectos de este documento se entenderá que, "dato(s) personal(es)" es: toda información referida una persona natural/física que sea identificada, o que sea identificable. El responsable de la base de datos personales es la Compañía. Los datos personales recopilados por la Compañía tienen como finalidad su tratamiento para la prestación de servicios al Asegurado Titular, sus dependientes y a sus beneficiarios, y para el cumplimiento de obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica y/o comercial entre los asegurados, el administrador y la Compañía. Esto incluye, entre otras, las siguientes finalidades de tratamiento de datos personales: (i) El análisis de esta solicitud de seguro, la evaluación del riesgo y la emisión del contrato de seguro; (ii) El trámite de solicitudes para el pago de siniestros; (iii) La administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguros; (iv) La realización de actividades destinadas a la prevención de actividades ilícitas; (v) La elaboración de información estadística; (vi) La realización de evaluaciones de calidad del servicio brindado por la Compañía bajo la póliza; (vii) Comunicarle/informarle acerca de todos los beneficios de la póliza que le da cobertura; (viii) Brindarle servicios a los que pueda acceder a partir de la descarga de aplicaciones en dispositivos; (ix) El cumplimiento de obligaciones legales de la Compañía; (x) Compartir, con el Asesor Productor de Seguros que usted designe, o (en su caso) con el de su empleador, la información personal necesaria para el cumplimiento del contrato de seguro; (xi) La realización de actividades de mercadeo y de perfiles de asegurados para la mejor atención de sus necesidades; (xii) El envío de notificaciones acerca de cambios en los términos y condiciones de la póliza; (xiii) Hacer análisis del uso de nuestros productos y servicios; (xiv) Los datos personales recabados en relación con la póliza pueden ser compartidos por nosotros con proveedores de servicios de salud, de servicios sanitarios y de farmacia, que brinden algún servicio al titular de los datos personales; (xv) En caso de que usted esté cubierto por una póliza de seguro corporativa emitida por la Compañía, podremos compartir información personal suya y la de sus dependientes, con su empleador.

Al aceptar esta Política, usted consiente a que todos los datos personales proporcionados bajo la misma sean compartidos por la Compañía con: (i) Sus empresas afiliadas y subsidiarias, y además también con sus socios comerciales, a nivel internacional; (ii) Terceros proveedores de servicios de la Compañía y/o de sus afiliadas y subsidiarias. Los proveedores de servicios a la Compañía y/o de sus afiliadas y subsidiarias que reciban datos personales de nosotros serán obligados a observar esta Política; (iii) Autoridades, cortes y tribunales competentes, ecuatorianos y extranjeros; (iv) Instituciones, organizaciones y/o entidades del sector asegurador, cuya finalidad sea la prevención de fraude y la selección de riesgos.

Con respecto a sus datos personales, usted puede ejercer los siguientes derechos: (i) Solicitar acceso a su información personal guardada en nuestras bases de datos; (ii) Solicitar la corrección o actualización de sus datos personales; (iii) Oponerse al tratamiento de sus datos personales, pudiendo además revocar su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales en cualquier momento; y, (iv) Solicitar la eliminación/cancelación de sus datos personales. Para ejercer cualquiera de los derechos antes mencionados, es necesario que ello sea solicitado a la Compañía por escrito, vía correo electrónico dirigido a: privacyoffice@bupalatinamerica.com. La solicitud tiene que contener la siguiente información: (i) Nombre completo de la persona titular de los datos personales, su dirección de correo electrónico y otra información de contacto que nos permita comunicarnos con el solicitante; (ii) El país que es el lugar de residencia del sujeto titular de los datos personales que son objeto de solicitud; (iii) Copia de documentos que acrediten la identidad del solicitante como titular de los datos personales objeto de solicitud, o copia del documento que faculta al solicitante a actuar en representación del titular; (iv) La indicación de los derechos de protección de datos personales que se solicita ejercer. La Compañía notificará al solicitante la decisión sobre su solicitud, dentro del plazo establecido en la ley aplicable.

La Compañía puede cambiar esta Política, en cualquier momento. Cualquier cambio en la Política será informado a través de un aviso a ser publicado en el portal de Internet de la Compañía, www.bupasalud.com, o por escrito a ser enviado a usted, usando cualquier canal de comunicación escrita que mantengamos con usted.

Para información adicional sobre nuestras prácticas de privacidad puede visitar la siguiente página web <https://www.bupasalud.com/ec/politica-de-privacidad>.

SECCIÓN D. INFORMACIÓN LEGAL (CONTINUACIÓN)

Autorización para recaudar información sobre salud: Autorizo a la Compañía y a sus filiales y subsidiarias para solicitar y recopilar mis registros médicos y los de mis dependientes designados, así como también las autorizo a recopilar cualquier historial de medicamentos recetados y cualquier otra información médica o farmacéutica cuando sea considerada necesaria por la Compañía para el proceso de evaluación de riesgo con respecto a la póliza de seguro que me da cobertura a mí como asegurado titular y a mis dependientes y/o beneficiarios, así como también con respecto a los reclamos de cobertura de dicha póliza de seguro.

Autorizo a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia, y a cualquier otro proveedor médico, plan de salud, o cualquier otra organización o persona, incluyendo también a cualquier familiar mío que tenga registros médicos y/o conocimiento sobre mi persona o acerca de mi salud, así como también con respecto a la de mis dependientes y beneficiarios bajo la póliza de seguro, para que revelen dicha información a la Compañía y/o a los representantes de ésta. Entiendo que la capacidad de la Compañía para evaluar la cobertura de seguro siempre depende de que ésta reciba oportunamente información completa y veraz acerca de mi salud y de la de mis dependientes y beneficiarios, según sea necesaria. Por lo tanto, entiendo que el hecho negarme a dar esta autorización resultará en la denegación de mi solicitud para recibir cobertura.

Consentimiento y declaraciones: El (Los) titular(es) que firman este documento declara(n) que tiene(n) pleno conocimiento y entendimiento de que la información completada en este documento es verdadera y completa, y que su consentimiento es completo y eficaz.

Declara(n) ser el (los) representante(s) legal(es) autorizado(s) de todas las personas que aparte de mi persona son nombradas como mis dependientes, en este formulario de solicitud y declaro además que he obtenido la autorización/consentimiento previo de todas y cada una de éstas para fines de completar y presentar este formulario de solicitud incluyendo su información personal.

El Titular Asegurado también, autoriza expresamente a cualquier profesional, establecimiento de salud o cualquier persona natural o jurídica pública o privada a nivel nacional, a que entregue copia certificada del expediente único de la historia clínica, y cualquier información de salud que disponga a solicitud de BUPA ECUADOR, dicha información será utilizada, únicamente, para los fines previstos en esta póliza.

De igual manera, autoriza a que BUPA ECUADOR entregue toda la información que se requiera (incluyendo información médica y/o datos de salud) a profesionales auditores médicos independientes o a prestadores de servicios de salud, con quienes tenga convenio y a otras personas naturales o jurídicas que la requieran para efectos de la prestación de servicios que son descritos y/o que son cubiertos bajo esta póliza.

Origen y destino de fondos: El Titular Asegurado declara bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a BUPA ECUADOR, son y provienen de actividades lícitas.

Reconocimiento y Autorización (Agente): Los Asesores Productores de Seguros deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar un seguro, sobre el alcance real de su cobertura y forma de conservarla o darla por terminada. Así mismo proporcionarán a la institución de seguros la información auténtica que sea de su conocimiento relativa al riesgo cuya cobertura se proponga a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas. En el ejercicio de sus actividades deberán apegarse a la información que proporcionen las instituciones para este efecto, así como a sus tarifas, pólizas, endosos, planes de seguros y demás circunstancias técnicas utilizadas por las instituciones de seguros. Los Asesores Productores de Seguros no podrán intervenir en la contratación de los seguros que determine el reglamento respectivo, cuando su intervención pueda implicar situaciones de coacción o falta a las prácticas profesionales generalmente aceptadas en el desarrollo de la actividad. Los agentes, intermediarios o consultores de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas. Como Agente, acepto completa responsabilidad por la presentación de esta solicitud, el envío de todas las primas cobradas por mi conducto, y la entrega de la póliza cuando sea emitida. Así mismo hago constar que he explicado al asegurado los alcances y condiciones generales de este seguro.

Verificación de texto: El Asegurado Titular podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control aprobó el presente Formulario Individual de Seguro el registro No 53820; con Oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2021-00042436-O de 25 de agosto de 2021.

En caso de duda, interpretación, descripción y aplicación de las condiciones detalladas en el presente contrato, prevalecerán sobre estas, las indicadas y dispuestas por las leyes y regulaciones y en el sentido más favorable para el usuario.

FIRMAS

Firma Asegurado Titular			
Lugar		Fecha	