

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INDIVIDUAL LOCAL



Fecha actual	Día/Mes/Año	Fecha inicio de vigencia	Día/Mes/Año
☐ Póliza nueva ☐ Dependiente adicional ☐ Cambio			
Detalles de póliza existente			
Nombres y Apellidos del Asegurado Titular			

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Nombres completos			
Apellidos completos			
Tipo identificación (cédula, pasaporte):		Número	Fecha de Nacimiento Día/Mes/Año
Género: ☐ M ☐ F	Estado Civil	Estatura (Mts)	Peso (Kgs)
Ocupación			
Dirección de residencia			
Ciudad	Provincia	Teléfono	
Email			

2. INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

2.1	¿Tiene usted un seguro de salud con alguna otra compañía que se encuentre vigente desde hace un año o más?	☐ Sí ☐ No
Nombre de la Compañía		Producto
(*) En caso de responder si, adjunte certificado de cobertura o copia de póliza y comprobante de pago de los último 12 meses		

3. BENEFICIARIO CONTIGENTE

A continuación, designe al Beneficiario de su Seguro, quien será la persona facultada para recibir reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada, que se encontraran pendientes de pago por parte de la Compañía, en caso de fallecimiento del Asegurado Titular.

Nombres completos	
Apellidos completos	
Tipo de identificación	Número de identificación
Teléfono	Vínculo del beneficiario con Asegurado Titular
Email	

4. CUENTA BANCARIA DEL ASEGURADO TITULAR PARA ACREDITACIÓN DE REEMBOLSO

Banco	
Número de cuenta	☐ Cuenta de Ahorros ☐ Cuenta corriente

5. INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES

Nombres completos					
Apellidos completos					
Tipo identificación (cédula, pasaporte)		Número		Fecha de Nacimiento	Día/Mes/Año
Género: ☐ M ☐ F	Parentesco			Estatura (Mts)	Peso (Kgs)

Nombres completos					
Apellidos completos					
Tipo identificación (cédula, pasaporte)		Número		Fecha de Nacimiento	Día/Mes/Año
Género: ☐ M ☐ F	Parentesco			Estatura (Mts)	Peso (Kgs)

Nombres completos					
Apellidos completos					
Tipo identificación (cédula, pasaporte)		Número		Fecha de Nacimiento	Día/Mes/Año
Género: ☐ M ☐ F	Parentesco			Estatura (Mts)	Peso (Kgs)

Nombres completos					
Apellidos completos					
Tipo identificación (cédula, pasaporte)		Número		Fecha de Nacimiento	Día/Mes/Año
Género: ☐ M ☐ F	Parentesco			Estatura (Mts)	Peso (Kgs)

Nombres completos					
Apellidos completos					
Tipo identificación (cédula, pasaporte)		Número		Fecha de Nacimiento	Día/Mes/Año
Género: ☐ M ☐ F	Parentesco			Estatura (Mts)	Peso (Kgs)

6. PLAN A CONTRATAR

Módulo cobertura máxima		
☐ MiBupa Primer@	☐ MiBupa Optim@	☐ MiBupa Suprem@

Módulo ambulatorio /hospitalario		
☐ Base	☐ Plus	☐ Completa

Módulo asistencias opcionales		
☐ Dental	☐ Viajes	

7. MODALIDAD DE PAGO

☐ Mensual	☐ Trimestral	☐ Semestral	☐ Anual
----------------------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------

8. INFORMACIÓN DE FACTURACIÓN

Nombres y Apellidos completos o Razón Social					
Tipo identificación (cédula, pasaporte), RUC		Número		Celular	
Dirección					
Ciudad				Teléfono	
Email					

9. DECLARACIÓN DE SALUD (TITULAR, CÓNYUGE, HIJOS)

¿Usted o sus dependientes padecen o han padecido, están en tratamiento o han sido informados de algunas de las siguientes enfermedades?

1	Desórdenes de los ojos, oídos, nariz, garganta o padecimientos dentales, como: cataratas, glaucoma, retinopatía, deterioro visual, sordera, infecciones recurrentes del oído, amigdalitis, infecciones dentales, caries, problemas con las muelas del juicio o gingivitis, entre otros.	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
2	Desórdenes del corazón o del aparato circulatorio, como: hipertensión arterial, colesterol alto, angina de pecho, arritmia, evento vascular cerebral, aneurisma, venas varicosas o trombosis venosa, entre otras.	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
3	Desórdenes endocrinos (glandulares) o del metabolismo, como: diabetes (tipo 1 o tipo 2), problemas de tiroides, obesidad o síndrome de Cushing, entre otros.	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
4	Desórdenes respiratorios o pulmonares, como: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, bronquitis, tuberculosis o alergias (incluyendo fiebre del heno y anafilaxia), entre otros.	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
5	Desórdenes del esófago, estómago, intestinos, hígado, páncreas o bazo, como: enfermedad por reflujo, gastritis, esofagitis, esófago de Barrett, enfermedades de la vesícula, úlceras, colon irritable, colitis ulcerativa crónica, enfermedad diverticular, hemorroides, pancreatitis, hepatitis, cirrosis, cálculos biliares o hernias, entre otros.	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
6	Desórdenes renales o del sistema urinario, como: cálculos renales, insuficiencia renal, infecciones urinarias recurrentes, incontinencia, entre otros.	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
7	Desórdenes musculares o esqueléticos, como: artritis, lumbalgia, padecimientos de la columna vertebral, padecimientos del cuello/hombro, fracturas, esguinces, osteoporosis, gota, padecimientos de las rodillas, del cartílago o ligamentos, entre otros.	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
8	Desórdenes de la sangre, trastornos infecciosos, trastornos inmunológicos, como: análisis de sangre anormales, anemia, hepatitis, VIH/SIDA, malaria, lupus eritematoso sistémico, púrpura trombocitopénica, talasemia, o cualquier trastorno autoinmune, entre otros.	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
9	Cáncer, tumores de cualquier tipo o condiciones precancerosas, como: pólipos, crecimientos, nódulos mamarios, quistes o lipomas, entre otros.	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
10	Desórdenes de la piel, como: eccema, dermatitis, erupciones cutáneas, psoriasis, acné, quistes, lunares o condiciones alérgicas, entre otros.	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	

9. DECLARACIÓN DE SALUD (TITULAR, CÓNYUGE, HIJOS) (CONTINUACIÓN)

11	Desórdenes cerebrales o del sistema nervioso, como: demencia, migraña, dolores de cabeza frecuentes, parálisis, esclerosis múltiple, epilepsia/crisis convulsivas, neuralgias (incluyendo dolor ciático y el herpes zóster) o meningitis, entre otros.	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
12	Desórdenes psiquiátricos o trastornos psicológicos, como: esquizofrenia, trastornos alimenticios, depresión, déficit de atención, ansiedad o dependencia a las drogas o al alcohol, entre otros.	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
13	Desórdenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo.	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
14	¿Está actualmente bajo tratamiento médico y/o rehabilitación?	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
15	¿Alguna otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía/hospitalización pendiente no mencionada arriba?	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	

10. PREGUNTAS EXCLUSIVAS PARA MUJERES

a	¿Está embarazada?	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
b	¿Ha tenido complicaciones del embarazo?	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
c	¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo femenino (ovarios, matriz o glándulas mamarias), como: infección por virus del papiloma, enfermedad inflamatoria pélvica, menstruaciones abundantes o irregulares, fibromas, endometriosis, infertilidad, citologías anormales, ovarios poliquísticos, etc.?	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	

11. PREGUNTA EXCLUSIVA PARA HOMBRES

a	¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo masculino: prostatitis, hiperplasia prostática benigna, infertilidad y padecimientos de los testículos, glándulas mamarias, entre otros?	☐ Si ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	

12. 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 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.

12. INFORMACIÓN LEGAL (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 regulará la recopilación y tratamiento de todos los datos personales que el Asegurado Titular y sus dependientes proporcionen directamente y/o autoricen a recabar de terceros; incluyendo datos personales sensibles. Con la firma de este documento, el solicitante 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 de ésta al Asegurado Titular y a sus beneficiarios, y para el cumplimiento de obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica y/o comercial entre los asegurados 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; (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, 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.

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.bupalasalud.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.bupalasalud.com/ec-politica-de-privacidad>.

Autorización para recaudar información sobre mi salud:

Autorizo a **BUPA ECUADOR S.A.** (en adelante “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 esta solicitud, de mi póliza de seguro y con respecto a los reclamos de cobertura de la 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, 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, 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.

12. INFORMACIÓN LEGAL (CONTINUACIÓN)

Consentimiento y declaraciones:

El (Los) titular(es) que firman este documento declara(n) que tiene(n) pleno conocimiento 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 S.A., dicha información será utilizada, únicamente, para los fines previstos en esta póliza.

De igual manera, autoriza a que BUPA ECUADOR S.A. entregue toda la información que se requiera 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 los servicios descritos en esta póliza.

Declaración de origen y destino de fondos

El titular Asegurado y los miembros del grupo asegurado elegible declaran bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a BUPA ECUADOR S.A., son y provienen de actividades lícitas.

Reconomiento 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.

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.

Nombre del Agente		Código del Agente	
-------------------	--	-------------------	--

13. VERIFICACIÓN DE TEXTO

El Asegurado Titular y/o Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Firma Asegurado Titular		Lugar	
		Fecha	Día/Mes/Año
Bupa Ecuador S.A. Firma Autorizada		Lugar	
		Fecha	Día/Mes/Año

16. OBSERVACIONES / USO INTERNO BUPA

El Contratante y/o Asegurado Principal 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 a la presente Solicitud de Seguro el registro No. 54626, con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2022-00021777-O del 7 de abril de 2022