

Solicitud de Cobertura Médica Individual

Esta solicitud es un documento legal que debe ser leído y completado en su totalidad, así como firmado por el solicitante titular y su agente. El solicitante titular y sus dependientes deberán adjuntar a esta solicitud, una copia de su cédula o pasaporte y carnet de discapacidad (si aplica).

Si cualquiera de los solicitantes padece de alguna condición médica existente, deberá declararla detalladamente en las páginas 2, 3, 4 y 5, Sección 5.

Los solicitantes que tengan 65 años de edad cumplidos o más, deberán proporcionar la Declaración del Médico Tratante debidamente completada y firmada por su médico. Si la información proporcionada estuviera incompleta o sin firmar, esto provocará demoras en el proceso de evaluación y emisión del contrato.

Asimismo, VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. se reservará el derecho de contactar al solicitante y/o a su médico.

Contrato nuevo

Rehabilitación del contrato

Adición de Dependiente

Cambio de plan/opción

Sección I. Información del Solicitante Titular

| | | | |
|---|---|--|--|
| 1. Apellido(s): | | 2. Nombre(s): | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| 3. Número de cédula o pasaporte: | 4. Dirección: | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| 5. Ciudad: | 6. Provincia o estado: | 7. Ocupación: | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 8. Correo electrónico: | 9. Teléfono (oficina o móvil): | 10. Sexo | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino | |
| 11. Nacionalidad: | 12. Fecha de Nacimiento: | 13. Estado Civil: | |
| <input type="text"/> | <input type="text" value="DD / MM / AAAA"/> | <input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Concubino(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a) | |
| 14. Estatura: | 15. Peso: | 16. ¿Alguno de los solicitantes está actualmente viviendo fuera de Ecuador? Si su respuesta es Sí, por favor indicar abajo: | |
| <input type="text" value="Metros"/> <input type="text" value="Pies"/> | <input type="text" value="Kg"/> <input type="text" value="Lb"/> | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |
| 17. Nombre completo del beneficiario (para recibir pagos en nombre del Afiliado Titular): | | | |
| <input type="text"/> | | | |

Sección II. Información de Dependientes

Cónyuge, hijos naturales, hijastros o niños legalmente adoptados por el solicitante titular o los niños de quienes el solicitante titular ha sido legalmente nombrado guardián (los hijos deben ser solteros).

DEPENDIENTE 1

| | | | | | |
|---|--|---|---|----------------------------------|--|
| 1. Apellido(s): | | 2. Nombre(s): | | 3. Número de cédula o pasaporte: | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| 4. País de residencia: | 5. Relación con el solicitante titular: | | 6. Fecha de nacimiento: | | 7. Sexo: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text" value="DD / MM / AAAA"/> | | <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino |
| 8. Estatura: | 9. Peso: | 10. ¿El dependiente es mayor de 18 años de edad y estudiante a tiempo completo? | | | |
| <input type="text" value="Metros"/> <input type="text" value="Pies"/> | <input type="text" value="Kilos"/> <input type="text" value="Libras"/> | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | | |

DEPENDIENTE 2

| | | | | | |
|---|--|---|---|----------------------------------|--|
| 1. Apellido(s): | | 2. Nombre(s): | | 3. Número de cédula o pasaporte: | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | |
| 4. País de residencia: | 5. Relación con el solicitante titular: | | 6. Fecha de nacimiento: | | 7. Sexo: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text" value="DD / MM / AAAA"/> | | <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino |
| 8. Estatura: | 9. Peso: | 10. ¿El dependiente es mayor de 18 años de edad y estudiante a tiempo completo? | | | |
| <input type="text" value="Metros"/> <input type="text" value="Pies"/> | <input type="text" value="Kilos"/> <input type="text" value="Libras"/> | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | | | |

Sección II. Información de **Dependientes**

Cónyuge, hijos naturales, hijastros o niños legalmente adoptados por el solicitante titular o los niños de quienes el solicitante titular ha sido legalmente nombrado guardián (los hijos deben ser solteros). (continuación)

DEPENDIENTE 3

| | | | |
|---|--|---|--|
| 1. Apellido(s): | 2. Nombre(s): | 3. Número de cédula o pasaporte: | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 4. País de residencia: | 5. Relación con el solicitante titular: | 6. Fecha de nacimiento: | 7. Sexo: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="D D / M M / A A A A"/> | <input type="text" value="Masculino"/> <input type="text" value="Femenino"/> |
| 8. Estatura: | 9. Peso: | 10. ¿El dependiente es mayor de 18 años de edad y estudiante a tiempo completo? | |
| <input type="text" value="Metros"/> <input type="text" value="Pies"/> | <input type="text" value="Kilos"/> <input type="text" value="Libras"/> | <input type="text" value="Sí"/> <input type="text" value="No"/> | |

Si un dependiente es mayor de 18 años y estudiante a tiempo completo (mínimo de doce (12) créditos por semestre) deberá adjuntar una copia del certificado o comprobante del centro de estudios como evidencia.

En caso de tener más dependientes que incluir, solicite a su agente el Anexo de Información de Dependientes y adjúntelo a esta solicitud.

Sección III. Elija su **Cobertura**

| | | |
|---|-----------------------------------|--|
| 1. Plan: | 2. Opción de deducible: | 3. Cobertura adicional: |
| <input type="text" value="Absolute VIP"/> <input type="text" value="Universal VIP"/> <input type="text" value="Special VIP"/> <input type="text" value="Access VIP"/> | <input type="text" value="US\$"/> | <input type="text" value="Anexo Plus"/> <input type="text" value="Trasplante de órganos"/> |

Sección IV. Información de **Cobertura Previa**

Si desea que se elimine el período de carencia, por favor incluya una copia del certificado de cobertura y el recibo de pago de los últimos 12 meses de la cobertura previa.

1. ¿Tiene usted un seguro de salud o plan de medicina prepagada con alguna otra compañía? En caso afirmativo, por favor indique:

1a. Nombre de la compañía:

1b. Número de teléfono:

1c. Plan:

1d. Valor del deducible:

1e. Número de contrato:

1f. ¿Tiene intención de mantener la cobertura médica con la otra compañía?

2. ¿Ha tenido cobertura médica con VUMI® o cualquiera de sus afiliadas?

2a. En caso afirmativo, por favor indique su número de contrato o póliza y nombre de la compañía:

3. ¿Alguna solicitud de cobertura médica o de vida ha sido rechazada o aceptada sujeta a restricciones o a una cuota mayor que las tarifas estándar de la compañía para alguno de los solicitantes?

3a. En caso afirmativo, por favor explique:

Sección V. Información **Médica**

Parte A: Exámenes Médicos

1. ¿Alguno de los solicitantes se ha realizado algún examen médico que no sea rutinario en los últimos 5 años? En caso afirmativo, por favor indique:

1a. Nombre completo del solicitante:

1b. ¿Qué tipo de examen?

1c. ¿Cuál fue la razón del examen?

1d. Resultados del examen:

1e. ¿Actualmente se están realizando otros exámenes para confirmar un diagnóstico?

2. ¿Alguno de los solicitantes se ha sometido a un examen pediátrico, ginecológico o de rutina en los últimos 5 años? En caso afirmativo, por favor indique:

EXAMEN MÉDICO 1

1. Nombre completo de solicitante: 2. Tipo de examen: 3. Fecha:

4. Resultado: 5. ¿Se realizó algún examen de seguimiento? En caso afirmativo, por favor explique:

Sí No

EXAMEN MÉDICO 2

1. Nombre completo de solicitante: 2. Tipo de examen: 3. Fecha:

4. Resultado: 5. ¿Se realizó algún examen de seguimiento? En caso afirmativo, por favor explique:

Sí No

3. ¿Ha tenido alguno de los solicitantes consultas médicas en los últimos 9 meses? En caso afirmativo, indique: Sí No

1. Nombre completo de solicitante: 3b. ¿Qué tipo de consulta médica?

3c. ¿Se realizaron exámenes como consecuencia de esta consulta? En caso afirmativo, detallar cuáles fueron los exámenes:

Sí No

3d. Resultado de exámenes:

4. ¿Ha sufrido alguno de los solicitantes algún accidente? En caso afirmativo, indique: Sí No

4a. Nombre completo de solicitante: 4b. ¿Qué tipo de accidente sufrió? ¿Está actualmente en tratamiento por motivo de este accidente?

Sí No

4c. Fecha del accidente: 4d. ¿Existen secuelas conocidas en la salud del solicitante a causa de este accidente? En caso afirmativo, por favor detallar: 4e. ¿Usa algún aparato ortopédico?

Sí No

Parte B: Medicamentos

1. ¿A alguno de los solicitantes se le ha indicado o está actualmente en tratamiento con algún medicamento? En caso afirmativo, por favor indique: Sí No

TRATAMIENTO MÉDICO 1

1. Nombre completo del solicitante: 2. Desde: 3. Hasta:

4. Nombre del medicamento, dosis y frecuencia:

TRATAMIENTO MÉDICO 2

1. Nombre completo del solicitante: 2. Desde: 3. Hasta:

4. Nombre del medicamento, dosis y frecuencia:

Parte C: Condiciones Médicas

Según su mejor entendimiento y conocimiento, ¿alguno de los solicitantes ha recibido tratamiento médico, o se ha realizado pruebas diagnósticas y/o ha padecido alguna de estas enfermedades?

- 1 Desórdenes nasales, de la visión, del oído o de la garganta Sí No
- 2 Convulsiones, migrañas, parálisis u otro desorden neurológico Sí No
- 3 Desórdenes del corazón, desórdenes circulatorios, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos elevados Sí No
- 4 Alergias, asma, bronquitis, neumonía, desorden pulmonar u otro desorden del sistema respiratorio Sí No

- | | | | |
|-----------|---|----|----|
| 5 | Enfermedades del esófago, estómago, intestinos, páncreas, vesícula biliar; hepatitis u otras enfermedades del hígado, así como otro desorden del aparato digestivo | Sí | No |
| 6 | Enfermedades de los riñones o de las vías urinarias | Sí | No |
| 7 | Enfermedades o lesiones de la columna vertebral, reumatismo, artritis, gota u otra enfermedad muscular; articular o de los huesos | Sí | No |
| 8 | Cáncer o tumores benignos | Sí | No |
| 9 | Anemia, leucemia, linfoma, trastornos de la coagulación u otras enfermedades de la sangre | Sí | No |
| 10 | Diabetes, desórdenes de la glándula tiroides u otra enfermedad endocrino/hormonal | Sí | No |
| 11 | Enfermedades de la piel | Sí | No |
| 12 | Enfermedades congénitas y/o hereditarias | Sí | No |
| 13 | Enfermedades de transmisión sexual o de los órganos sexuales u otro desorden del sistema reproductivo | Sí | No |
| 14 | Enfermedades de la próstata | Sí | No |
| 15 | Enfermedades de las mamas, los ovarios, el útero u otro desorden ginecológico | Sí | No |
| 16 | ¿La solicitante titular o alguna de las dependientes está actualmente embarazada? (en caso afirmativo, indicar fecha probable del parto): | Sí | No |
| | <input type="text" value="DD / MM / AAAA"/> | | |
| 17 | ¿La solicitante titular o alguna de las dependientes ha estado embarazada anteriormente? (en caso afirmativo, por favor completar): | Sí | No |
| | 17a. Número de embarazos: 17b. Partos: 17c. Cesáreas: 17d. Abortos: | | |
| 18 | Complicaciones del embarazo o del parto, embarazo múltiple, complicaciones del recién nacido que incluyen, pero no se limitan a condiciones congénitas o hereditarias (en caso afirmativo, brindar detalles a continuación y en la Parte D) | Sí | No |
| 19 | ¿Ha tenido otra enfermedad, padecimiento, lesión, accidente, cirugía, consulta médica, diagnóstico, pérdida involuntaria de peso u hospitalización no mencionada arriba? | Sí | No |

Parte D: Explicación de Condiciones Médicas (indicadas en la Parte C de esta solicitud)

CONDICIÓN MÉDICA 1

1. Número: 2. Nombre completo del solicitante: 3. Condición, enfermedad o lesión:

4. Desde: 5. Hasta: 6. Nombre del médico:

7. Teléfono del médico: 8. Tratamiento: 9. Resultado del tratamiento:

10. Estado actual de la condición, enfermedad o lesión (ej.: si está en tratamiento, se resolvió o está controlada):

CONDICIÓN MÉDICA 2

1. Número: 2. Nombre completo del solicitante: 3. Condición, enfermedad o lesión:

4. Desde: 5. Hasta: 6. Nombre del médico:

7. Teléfono del médico: 8. Tratamiento: 9. Resultado del tratamiento:

10. Estado actual de la condición, enfermedad o lesión (ej.: si está en tratamiento, se resolvió o está controlada):

CONDICIÓN MÉDICA 3

1. Número: 2. Nombre completo del solicitante: 3. Condición, enfermedad o lesión:

4. Desde: 5. Hasta: 6. Nombre del médico:

7. Teléfono del médico: 8. Tratamiento: 9. Resultado del tratamiento:

10. Estado actual de la condición, enfermedad o lesión (ej.: si está en tratamiento, se resolvió o está controlada):

Parte F: Hábitos

1. ¿Alguno de los solicitantes usa o ha usado productos con nicotina, bebidas alcohólicas o drogas ilegales? En caso afirmativo, indique:

TIPO DE HÁBITO 1

1. Nombre completo del solicitante: 2. Producto y cantidad consumida por día: 3. Desde – Hasta (mes/año):

TIPO DE HÁBITO 2

1. Nombre completo del solicitante: 2. Producto y cantidad consumida por día: 3. Desde – Hasta (mes/año):

TIPO DE HÁBITO 3

1. Nombre completo del solicitante: 2. Producto y cantidad consumida por día: 3. Desde – Hasta (mes/año):

Cualquier examen, tratamiento y/o consultas que se realice el solicitante titular o cualquiera de sus dependientes, antes de someter la solicitud o durante el proceso de evaluación de riesgos (si aplica) hasta la firma del contrato, debe ser informada a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. y se suscribirá un documento detallando los mismos; en caso de accidentes sufridos y/o molestias que hayan aparecido, igualmente deben ser informadas a la Compañía, la cual deberá evaluar esta nueva información para el otorgamiento de la cobertura y emisión de documentos relacionados.

La falta de notificación de esta información será considerada como muestra de mala fe al adquirir sus obligaciones contractuales, por lo que VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. queda en capacidad de iniciar las acciones pertinentes.

Sección VI. Historia Familiar

1. ¿Alguno de los solicitantes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes del corazón, cáncer o enfermedad congénita o hereditaria? En caso afirmativo, indique:

HISTORIA FAMILIAR 1

1. Nombre completo del solicitante: 2. Parentesco: 3. Enfermedad:

HISTORIA FAMILIAR 2

1. Nombre completo del solicitante: 2. Parentesco: 3. Enfermedad:

2. Si alguno de los dependientes es adoptado, ¿conoce su historial médico familiar? En caso afirmativo, indique:

HISTORIA FAMILIAR 1

1. Nombre completo del solicitante: 2. Parentesco: 3. Enfermedad:

HISTORIA FAMILIAR 2

1. Nombre completo del solicitante: 2. Parentesco: 3. Enfermedad:

Sección VII. Método de **Reembolso de Reclamos**

Transferencia bancaria

| | | |
|--|------------------------------|---|
| 1. Nombre del titular de la cuenta bancaria: | 2. Cédula del titular o RUC: | 3. Tipo de cuenta: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text" value="Ahorros"/> <input type="text" value="Corriente"/> |
| 4. Nombre del banco: | 5. Número de cuenta: | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

Sección VIII. Reconocimiento y **Autorizaciones**

Declaro que he leído y comprendo a cabalidad la presente solicitud, por lo que de manera libre y voluntaria acepto todo su contenido.

Asimismo, declaro bajo juramento que la información personal y médica que he incluido en la presente solicitud, es verdadera, completa y precisa, por lo que certifico que no he realizado omisión, ocultamiento, modificación o alteración alguna de esta información.

Estoy plenamente consciente y acepto que en caso de que se haya realizado cualquier omisión, ocultamiento, modificación o alteración a la información declarada en la presente solicitud o la que no haya sido declarada posteriormente hasta antes de la firma del contrato, será considerada como mala fe al momento de adquirir mis obligaciones contractuales y puede ocasionar que las reclamaciones sean negadas y/o que el servicio de asistencia de medicina prepagada contratado quede sin efecto, para lo cual bastará una simple comunicación de VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. En caso de que se haya producido cualquier perjuicio, VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. estará en el derecho de seguir acciones legales y administrativas del caso.

Si cualquiera de los afiliados requiere cuidado o tratamiento médico después de la suscripción de la presente solicitud, pero antes de la fecha de efectividad del contrato, estoy en la obligación de proporcionar detalles completos a la Compañía para que sean evaluados y se tome la decisión final.

Esta solicitud es válida por 60 días a partir de su suscripción. En caso de que desee desistir del servicio, se deberá realizar una notificación por escrito a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. dentro de los siguientes quince (15) días a la suscripción de la solicitud.

| | | |
|---|-----------------------------------|---------------------|
| 1. Nombre completo del solicitante titular: | 2. Firma del solicitante titular: | 3. Fecha: |
| <input type="text"/> | X..... | D D / M M / A A A A |

Como agente, acepto completa responsabilidad por el envío de esta solicitud, todas las cuotas cobradas y por la entrega del contrato cuando sea emitido. Desconozco la existencia de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que pudiera afectar la asegurabilidad de los propuestos afiliados.

| | | |
|--------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| 4. Nombre completo del agente: | 5. Código del agente: | 6. Nombre de la agencia general: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 7. Firma del agente: | 8. Fecha: | |
| X..... | D D / M M / A A A A | |

Sección IX. Beneficio **Provisional para Accidentes**

Este beneficio está disponible para el solicitante y sus dependientes desde el momento en que se recibe la solicitud* hasta que el contrato sea aprobado

REQUISITOS

*Solicitud completa y firmada (con toda la información necesaria para ser aprobada de acuerdo a las guías de evaluación de riesgos de la Compañía) y el pago total de la cuota.

BENEFICIOS DE ACUERDO AL PLAN SELECCIONADO

- **ABSOLUTE VIP / UNIVERSAL VIP / SPECIAL VIP:** Hasta treinta mil dólares (US\$30.000).
- **ACCESS VIP:** Hasta veinticinco mil dólares (US\$25.000).

TÉRMINO

Máximo de sesenta (60) días o hasta la fecha de efectividad del contrato, lo que ocurra primero.

Este beneficio cubre los gastos por lesiones causadas por accidentes que ocurran durante el proceso de evaluación de riesgos y está sujeto a los términos y condiciones del contrato y a la aplicación del deducible del plan/opción seleccionado.

La eliminación del deducible en caso de accidente serio no aplica para este beneficio temporal. Los pagos se harán vía reembolso cuando el contrato esté aprobado. El beneficio está disponible en casos de adición de dependientes a un contrato existente. El accidente cubierto bajo este beneficio y/o sus consecuencias no afectarán la aprobación de la solicitud.

Sección X. Requisitos

Le recordamos que el solicitante titular y sus dependientes deberán adjuntar a esta solicitud los siguientes documentos:

- Copia de la cédula de todos los solicitantes.
- Carnet de discapacidad de los solicitantes (si aplica).
- Información de consultas médicas, exámenes y/o resultados de los últimos 6 meses.

Sección XI. Datos de Facturación

| | | |
|---|--------------------------------|----------------------|
| 1. Nombre completo del titular/razón social: | 2. Número de cédula/RUC: | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| 3. Dirección: <input type="text"/> | | |
| 4. Correo electrónico para facturación electrónica: | 5. Teléfono (oficina o móvil): | 6. Fax: |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Sección XII. Información de Pago

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|-------|------|-----------|--------------------|------|------------|-------------------------------|------|---------|-------|------|--|
| 1. Nombre completo del titular/razón social: | 2. Número de contrato: | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| 3. Frecuencia de pago: | | | | | | | | | | | | | |
| <table><tr><td>Anual</td><td>Cuota</td><td>US\$</td></tr><tr><td>Semestral</td><td>Cobertura opcional</td><td>US\$</td></tr><tr><td>Trimestral</td><td>Contribución Seguro Campesino</td><td>US\$</td></tr><tr><td>Mensual</td><td>Total</td><td>US\$</td></tr></table> | Anual | Cuota | US\$ | Semestral | Cobertura opcional | US\$ | Trimestral | Contribución Seguro Campesino | US\$ | Mensual | Total | US\$ | |
| Anual | Cuota | US\$ | | | | | | | | | | | |
| Semestral | Cobertura opcional | US\$ | | | | | | | | | | | |
| Trimestral | Contribución Seguro Campesino | US\$ | | | | | | | | | | | |
| Mensual | Total | US\$ | | | | | | | | | | | |

NO ENVÍE EFECTIVO. El pago debe ser emitido a nombre de VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A.

Método de pago:

Por favor proporcione la siguiente información:

Yo, _____, autorizo a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. a realizar el cobro de cuotas de mi plan de cobertura médica, de la siguiente forma:

| | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|
| Método de pago: | Total a cargar: | | |
| <table><tr><td><input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito</td><td><input type="checkbox"/> Débito bancario</td></tr></table> | <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito | <input type="checkbox"/> Débito bancario | <input type="text" value="US\$"/> |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito | <input type="checkbox"/> Débito bancario | | |

PARA TARJETA DE CRÉDITO:



| | | | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|--|--|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Banco emisor: | <input type="text"/> | | | Tipo de tarjeta de crédito: | | | | |
| | | | | <input type="checkbox"/> Corporativa <input type="checkbox"/> Personal | | | | |
| Número de tarjeta de crédito: | Fecha de expiración: | CVC: | Forma de pago: | | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text" value="M M / A A A A"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Diferido | | | | | |
| Diferido con intereses: | | | | | | | | |
| <table><tr><td><input type="checkbox"/> 3 meses</td><td><input type="checkbox"/> 6 meses</td><td><input type="checkbox"/> 9 meses</td><td><input type="checkbox"/> 12 meses</td></tr></table> | | | | | <input type="checkbox"/> 3 meses | <input type="checkbox"/> 6 meses | <input type="checkbox"/> 9 meses | <input type="checkbox"/> 12 meses |
| <input type="checkbox"/> 3 meses | <input type="checkbox"/> 6 meses | <input type="checkbox"/> 9 meses | <input type="checkbox"/> 12 meses | | | | | |

Debo y pagaré incondicionalmente sin protesto al emisor de la tarjeta de crédito el total de los valores expresados en esta autorización de orden de cargo, en el lugar y fecha que se convenga. En caso de encontrarme en mora, pagaré la tasa máxima autorizada para el emisor de la tarjeta de crédito y las tarifas que esta institución establezca por gestiones de la cartera vencida.

Eximo al emisor de la tarjeta de crédito, de cualquier responsabilidad por los valores reportados por VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. por lo cual desde ya renuncio a cualquier reclamación y a iniciar cualquier acción legal en contra de las indicadas instituciones, las mismas que no requerirán de otro instrumento o documento para procesar en mi tarjeta de crédito, los valores generados, los mismos que desde ya acepto y reconozco como obligación.

Me comprometo expresamente a enviar una comunicación escrita con sesenta (60) días de anticipación, a la oficina matriz del emisor; en caso de revocación de la presente autorización, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados.

De igual manera, en caso de pérdida, hurto, robo o cualquier circunstancia por el que fuera cambiado el número de la tarjeta de crédito antes singularizada, proporcionaré el nuevo número de tarjeta que se me asigne, para efectuar todos los pagos de manera incondicional dentro del período correspondiente, de tal manera que el cambio no sea causa para no cancelar los valores que adeude.

PARA DÉBITO BANCARIO:

Nombre del titular de la cuenta bancaria:

Tipo de cuenta:

| | |
|---------|-----------|
| Ahorros | Corriente |
|---------|-----------|

Nombre del banco:

Número de cuenta:

Con mi firma en este documento autorizo a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. a debitar directamente de mi cuenta bancaria indicada arriba, el pago de las cuotas de mi plan de cobertura médica, en la modalidad y valor de cuota descritas en esta autorización.

Entiendo que los valores podrán ser modificados de acuerdo a las condiciones del contrato, por lo cual autorizo desde ya el incremento en el valor del débito, para lo cual bastará una carta enviada por VUMILATINA® al banco.

Declaro que el valor de la cuota, modalidad del contrato y su control del período por el cual se realicen estos débitos, es de mi absoluta responsabilidad, por lo que libero al banco de toda responsabilidad por el cobro excesivo o duplicado de dichas cuotas.

Asimismo, expresamente me obligo a no revocar la presente autorización, sin previo conocimiento por escrito de VUMILATINA® con al menos treinta (30) días previo al siguiente débito, por lo que libero de toda responsabilidad al banco, por los débitos o cargos efectuados basados en la presente autorización.

Me comprometo en forma incondicional e irrevocable a cancelar los valores generados por concepto del contrato suscrito con VUMILATINA® por el plazo del contrato y/o sus extensiones o renovaciones, y a mantener los fondos suficientes y disponibles en mi cuenta bancaria para cubrir dichos pagos.

Débito automático para pagos recurrentes: Sí No

Con mi firma en este documento autorizo a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. a debitar directamente de la tarjeta de crédito y/o cuenta bancaria indicada arriba, el valor correspondiente para cubrir la cuota de mi plan de cobertura médica de VUMILATINA®, a menos que yo indique lo contrario por escrito.

Entiendo que, si hay cualquier cambio en mi contrato, la cantidad de la cuota aprobada también puede cambiar. También entiendo que una copia fiel de este documento será enviada a mi institución bancaria o compañía de tarjeta de crédito en caso que sea requerido. Al firmar este documento, solicito e instruyo a la institución correspondiente que permita a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. debitar de mi cuenta directamente y pagar la cuota de mi contrato de medicina prepagada, a menos que yo indique lo contrario por escrito.

En el caso que este débito sea rechazado o denegado por cualquier razón, acepto que tengo la responsabilidad personal de pagar inmediatamente las cuotas de mi contrato o el contrato podrá ser cancelado. En caso de adeudar una o más cuotas, autorizo debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme al día en los pagos.

Al firmar, autorizo las deducciones automáticas para las futuras renovaciones.

Cédula de identidad o pasaporte del tarjetahabiente / dueño de cuenta bancaria:

Teléfono del tarjetahabiente / dueño de cuenta bancaria:

Firma del tarjetahabiente / dueño de cuenta bancaria:

X

Firma del representante de la empresa VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A.:

X

Fecha de firma del tarjetahabiente / dueño de cuenta bancaria:

D D / M M / A A A A

VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. certifica que la firma del tarjetahabiente / dueño de cuenta bancaria es auténtica, por lo que cualquier reclamación en este sentido será debitada de la facturación a nombre de la empresa.

Anexo: Autorización para recaudar y revelar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. y a sus subsidiarias y filiales a solicitar en cualquier momento de la vigencia de la relación contractual, mis registros médicos y/o de mis dependientes, los cuales incluyen, sin limitarse a ello, lo siguiente:

- 1 Cualquier historial clínico, diagnóstico, informes médicos, imágenes de laboratorio, historial de medicamentos recetados y cualquier otra información médica o farmacéutica para ser considerada en el proceso de evaluación de riesgos con respecto a la Solicitud de Cobertura Médica Individual para mí y mis dependientes. Autorizo e instruyo a cualquier médico, hospital, clínica, laboratorio, farmacia o cualquier otro proveedor médico, compañía de medicina prepagada, si tuviere un seguro previo o cuente con algún otro plan de seguro médico o cualquier otra organización o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud, a revelar dicha información a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. o sus representantes designados.
- 2 Asimismo, autorizo a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. y a sus subsidiarias y filiales a revelar a mi agente/agencia, afiliados y sucesores, las condiciones de mi contrato, mi certificado de afiliación y otros documentos de cobertura, información de pagos, reclamaciones, solicitudes de reembolso y registros médicos que puedan contener información de salud protegida que les permitirá atender a mis preguntas y facilitar la interacción relacionada con mi cobertura, pagos y reclamaciones.

Entiendo que existe la posibilidad de que cualquier información puede volverse pública o puede ser ordenada su revelación por cualquier autoridad competente, y por lo tanto dejar de estar protegida bajo las normas de privacidad y confidencialidad. La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud.

Entiendo que VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. se basará en dicha información para:

- Evaluar el riesgo de solicitud de cobertura y tomar decisiones sobre la elegibilidad, clasificación de riesgo, emisión del contrato e inscripción de todos los solicitantes.
- Administrar reclamaciones y determinar o cumplir la responsabilidad de cobertura y suministro de beneficios.
- Administrar la cobertura.
- Llevar a cabo otras operaciones de cobertura conforme a la ley pertinente.

Entiendo que la capacidad de VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. para evaluar la cobertura depende de recibir toda la información necesaria.

1. Nombre completo del solicitante titular:

2. Firma del solicitante titular:

3. Fecha:

Como agente, acepto completa responsabilidad por el envío de esta solicitud, todas las cuotas cobradas y por la entrega del contrato cuando sea emitido. Desconozco la existencia de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que pudiera afectar la asegurabilidad de los propuestos afiliados.

4. Nombre completo del agente:

5. Código del agente:

6. Nombre de la agencia general:

7. Firma del agente:

8. Fecha:

VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A.

Compañía registrada en Ecuador

Servicios de administración ofrecidos por VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A.

Edificio Omega, piso 4, oficina 10 y 11, calle La Pradera N30-26 y San Salvador Centro Norte, Quito, Ecuador

Teléfonos Generales: +593-4-3902033 | +593-4-3922506 | +593-4-2136705

www.vumilatina.com