

BUPA CORPORATE CARE

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA DE GRUPO

CÉDULA FAMILIAR



1. INFORMACIÓN PERSONAL

Número de Asegurado	Relación	Nombre	Edad	Ocupación
0	Titular			
1	Cónyuge			
2	Hijo			
3	Hijo			
4				
5				
6				
7				

2. INFORMACIÓN DE SALUD

Padecimiento	Número de asegurado familiar			Padecimiento	Número de asegurado familiar		
1. Desórdenes de la visión				26. Problemas de columna vertebral			
2. Desórdenes de la nariz				27. Reumatismo			
3. Desórdenes de la garganta				28. Gota			
4. Desórdenes del oído				29. Desórdenes musculares			
5. Convulsiones				30. Desórdenes de los huesos			
6. Migrañas				31. Desórdenes articulares			
7. Parálisis				32. Cáncer			
8. Otros desórdenes neurológicos				33. Tumores benignos			
9. Desórdenes del corazón				34. Anémia			
10. Desórdenes circulatorios				35. Leucemia			
11. Hipertensión arterial				36. Linfoma			
12. Colesterol o triglicéridos elevados				37. Desórdenes de la sangre			
13. Alergias				38. Diabetes 1 (insulinodependiente)			
14. Asma				39. Diabetes 2			
15. Bronquitis				40. Desórdenes de la tiroides			
16. Desórdenes pulmonares				41. Desórdenes endócrinos			
17. Enfermedades del esófago				42. Desórdenes hormonales			
18. Enfermedades del estómago				43. Desórdenes de la próstata			
19. Enfermedades del intestino				44. Enfermedades de transmisión sexual			
20. Enfermedades del páncreas				45. Desórdenes del sistema reproductivo			
21. Enfermedades del hígado				46. Desórdenes de las mamas			
22. Hepatitis				47. Desórdenes de los ovarios			
23. Desórdenes digestivos				48. Desórdenes del útero			
24. Enfermedades de los riñones				49. Otros desórdenes ginecológicos			
25. Enfermedades del tracto urinario				50. Desórdenes de la piel			
EXCLUSIVO PARA MUJERES				51. Desórdenes congénitos o hereditarios			

Si ha estado embarazada, ¿ha tenido alguna complicación en alguno de sus embarazos anteriores? ☐ Sí ☐ No

Especifique:

¿Está actualmente embarazada? ☐ Sí ☐ No

Especifique meses de gestación:

En caso de que alguno de los miembros de la familia presentó o presente alguno de los padecimientos anteriores favor de indicarnos el diagnóstico, el tratamiento que esta siguiendo, la fecha en que se lo dictaminaron y el estado actual. (Indicar el medicamento o medicamentos que esta tomando) y si fue cubierto por una aseguradora.

2. INFORMACIÓN DE SALUD (CONTINUACIÓN)

Asegurado familiar	No. de padecimiento	Fecha de inicio del padecimiento	Diagnóstico	Tratamiento	Histórico de gastos			
					Fecha de último gasto	Importe	Importe	Importe
		DD/MM/AA			DD/MM/AA			
		DD/MM/AA			DD/MM/AA			
		DD/MM/AA			DD/MM/AA			
		DD/MM/AA			DD/MM/AA			
		DD/MM/AA			DD/MM/AA			
		DD/MM/AA			DD/MM/AA			

El llenado de este documento no implica la aceptación del riesgo.

Se previene al solicitante que conforme al Código de Comercio y normativa vigente aplicable, debe declarar todos los hechos importantes a que se refiere esta solicitud, tal y como los conozca o deba conocer. En la inteligencia de que la inexacta, falsa o no declaración de algún hecho importante que se le pregunte para la apreciación del riesgo, facultará a Bupa Ecuador, S. A. (la Aseguradora) a considerar rescindido de pleno derecho el contrato. Se entiende y acepta que en caso de que la información vertida en el presente formato resulte falsa, el contrato de seguro que en su caso se celebre, podrá ser rescindido de pleno derecho de conformidad con lo dispuesto en la ley y en la normativa vigente aplicable. Este documento sólo constituye una solicitud de seguro y, por tanto, no representa garantía alguna de que la misma será aceptada por la empresa de seguros, ni de que, en caso de aceptarse, la aceptación concuerde totalmente con los términos de la solicitud.

3. AVISO DE PRIVACIDAD

Los asegurados aceptan y otorgan su consentimiento expresamente con la firma del presente, para que la Aseguradora haga uso de los datos personales que proporcionen, con la finalidad de prestarle los servicios señalados por el agente.

a. Finalidad del tratamiento de datos:

Se recaban sus datos personales con las finalidades de emisión, administración de pólizas, trámites para la evaluación de reclamaciones y pago por reembolsos en el caso de reclamaciones procedentes.

Del mismo modo para obtener de cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica, institución médica, compañía de seguros, la oficina de Información Médica (MIB), o cualquier otra organización, institución o persona, incluso cualquier miembro de mi familia, que tenga cualquier expediente médico o conocimiento sobre mi persona o mi salud, dicha información sobre su persona.

b. Opciones y medios que se le ofrecen al personal para solicitar se limite el uso y divulgación de sus datos:

Los datos personales del Asegurado Titular serán mantenidos en estricta confidencialidad, de conformidad con las medidas de seguridad, administrativas, técnicas y físicas que al efecto la Aseguradora implemente en sus políticas y procedimientos de seguridad, quedando prohibido su divulgación ilícita y limitando su uso a terceros, conforme a lo previsto en el presente Aviso de Privacidad.

En este sentido, la Aseguradora señala y hace de su conocimiento que tiene una "Política de Privacidad" establecida para explicar a terceros la forma en cómo la Aseguradora da tratamiento a los "Datos Personales".

c. Medios para ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición

Enviando una solicitud al correo electrónico SACecuador@bupalatinamerica.com.

d. En dado caso de que la Aseguradora realice cambios al presente aviso, lo podrá comunicar al Asegurado Titular, al empleado o proveedor, según sea el caso, por los siguientes medios:

1. Por correo electrónico a la cuenta que el Asegurado Titular nos proporciona en la solicitud
2. A través de la página www.bupasalud.com.

Los datos que se recaban por este medio, serán tratados conforme a las disposiciones previstas en la ley. La confidencialidad de estos datos está garantizada protegida para evitar su uso o divulgación indebida.

4. VERIFICACIÓN DE TEXTO

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

Lugar y fecha		Lugar y fecha	
Bupa Ecuador S.A. Firma autorizada		Asegurado Titular Firma	

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número 44405 con fecha 1 de febrero de 2017.

Bupa Ecuador S.A.

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú · Ed. San Salvador, Piso 4 · Quito, Ecuador
Tel. (593) 2 396 5600 · www.bupasalud.com/MiBupa

