

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INDIVIDUAL LOCAL



CUIDADO TOTAL BUPA ECUADOR

☐ Póliza nueva ☐ Dependiente adicional ☐ Cambio

Fecha actual		Fecha inicio de vigencia		No. de póliza existente con Bupa	
--------------	--	--------------------------	--	----------------------------------	--

1. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Nombres y Apellidos completo					
Tipo identificación (cédula, pasaporte)		Número			
Fecha de Nacimiento		Sexo según cédula de ciudadanía	☐ M ☐ F	Sexo de nacimiento	☐ M ☐ F
Estado Civil	☐ Soltero ☐ Casado ☐ Unión libre ☐ Divorciado ☐ Viudo	Estatura (Mts)		Peso (Kgs)	
Ocupación					
País de nacionalidad		País de residencia			
Dirección de residencia					
Ciudad		Provincia			
Email		Teléfono de contacto			

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?	☐ Si ☐ 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. CUENTA BANCARIA DEL ASEGURADO TITULAR PARA ACREDITACIÓN DE REEMBOLSO

El Asegurado Titular debe contar con una cuenta a su nombre en una institución financiera domiciliada formalmente en Ecuador para el pago de sus reembolsos por gasto médicos cubiertos. La compañía no realizará pagos de estos valores a personas diferentes al Asegurado Titular y/o fuera del Ecuador.

Banco o Cooperativa de ahorro y crédito (Con domicilio formal en el Ecuador)			
Número de cuenta		☐ Cuenta de Ahorros	☐ Cuenta corriente

4. INFORMACIÓN DE LOS DEPENDIENTES

Nombres y Apellidos completo					
Tipo identificación (cédula, pasaporte)		Número			
Fecha de Nacimiento		Sexo según cédula de ciudadanía	☐ M ☐ F	Sexo de nacimiento	☐ M ☐ F
Parentesco		Estatura (Mts)		Peso (Kgs)	

Nombres y Apellidos completo					
Tipo identificación (cédula, pasaporte)		Número			
Fecha de Nacimiento		Sexo según cédula de ciudadanía	☐ M ☐ F	Sexo de nacimiento	☐ M ☐ F
Parentesco		Estatura (Mts)		Peso (Kgs)	

Nombres y Apellidos completo					
Tipo identificación (cédula, pasaporte)		Número			
Fecha de Nacimiento		Sexo según cédula de ciudadanía	☐ M ☐ F	Sexo de nacimiento	☐ M ☐ F
Parentesco		Estatura (Mts)		Peso (Kgs)	

Nombres y Apellidos completo					
Tipo identificación (cédula, pasaporte)		Número			
Fecha de Nacimiento		Sexo según cédula de ciudadanía	☐ M ☐ F	Sexo de nacimiento	☐ M ☐ F
Parentesco		Estatura (Mts)		Peso (Kgs)	

5. SELECCIONE SU PLAN									
Plan a Contratar									
Anexos Opcionales elegidos									
6. MODALIDAD DE PAGO									
Frecuencia de pago		☐ Mensual		☐ Trimestral		☐ Semestral		☐ Anual	
Seleccione el método de pago		☐ Cheque		☐ Transferencia		☐ Tarjeta de Crédito / Débito		☐ Débito Bancario	
7. INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE (DATOS PARA FACTURACION DE PÓLIZA)									
Contratante: Persona natural o jurídica que solicita la emisión de la póliza (para sí o para terceros con interés asegurable), se obliga a pagar la prima y, recibirá la devolución de primas, en los casos aplicables. Si no se designa Contratante en la solicitud, el Asegurado Titular asumirá esa calidad									
Nombres y Apellidos Completos o Razón Social									
Tipo identificación (cédula, pasaporte) o RUC:						Número			
Fecha de Nacimiento (aplica únicamente persona natural)				Sexo según cédula de ciudadanía		☐ M ☐ F		Sexo de nacimiento ☐ M ☐ F	
Fecha de constitución (aplica únicamente persona jurídica)				Nacionalidad				País de Residencia	
Vínculo del Contratante con el Asegurado Titular									
Dirección domicilio									
Ciudad de domicilio				Provincia					
Email				Teléfono de contacto					
8. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO CONTINGENTE									
Beneficiario Contingente: Es la persona designada por el Asegurado Titular facultada para recibir el beneficio económico relacionado con el reembolso de gastos médicos cubiertos en caso de fallecimiento del Asegurado Titular.									
Nombres y Apellidos completo									
Tipo identificación (cédula, pasaporte)				Número de identificación					
Vínculo con el asegurado titular									
Número de teléfono				Correo electrónico					
9. DECLARACIÓN DE SALUD (TITULAR Y DEPENDIENTES)									
¿Usted o sus dependientes padecen o han padecido y/o están en tratamiento 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 y cualquier otro diagnóstico no listado, que deberá ser detallado indicando el nombre específico de la condición.							☐ 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 y cualquier otro diagnóstico no listado, que deberá ser detallado indicando el nombre específico de la condición.							☐ 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 y cualquier otro diagnóstico no listado, que deberá ser detallado indicando el nombre específico de la condición.							☐ 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) y cualquier otro diagnóstico no listado, que deberá ser detallado indicando el nombre específico de la condición.							☐ 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 hemias y cualquier otro diagnóstico no listado, que deberá ser detallado indicando el nombre específico de la condición.							☐ Si ☐ No	
	¿Quién o quiénes padecen la condición?								
	Diagnóstico								

9. DECLARACIÓN DE SALUD (TITULAR Y DEPENDIENTES) (CONTINUACIÓN)

6	Desórdenes renales o del sistema urinario, como: cálculos renales, insuficiencia renal, infecciones urinarias recurrentes, incontinencia y cualquier otro diagnóstico no listado, que deberá ser detallado indicando el nombre específico de la condición.	☐ Sí ☐ 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 y cualquier otro diagnóstico no listado, que deberá ser detallado indicando el nombre específico de la condición.	☐ Sí ☐ 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 y cualquier otro diagnóstico no listado, que deberá ser detallado indicando el nombre específico de la condición.	☐ Sí ☐ 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 y cualquier otro diagnóstico no listado, que deberá ser detallado indicando el nombre específico de la condición.	☐ Sí ☐ 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 y cualquier otro diagnóstico no listado, que deberá ser detallado indicando el nombre específico de la condición.	☐ Sí ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
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 y cualquier otro diagnóstico no listado, que deberá ser detallado indicando el nombre específico de la condición.	☐ Sí ☐ 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 y cualquier otro diagnóstico no listado, que deberá ser detallado indicando el nombre específico de la condición.	☐ Sí ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
13	Desórdenes congénitos, genéticos y/o hereditarios de cualquier tipo.	☐ Sí ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
14	¿Está actualmente bajo tratamiento médico y/o rehabilitación?	☐ Sí ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	
15	¿Alguna otra enfermedad, diagnóstico, desorden, lesión, accidente o cirugía/hospitalización pendiente no mencionada arriba?	☐ Sí ☐ No
	¿Quién o quiénes padecen la condición?	
	Diagnóstico	

10. PREGUNTAS EXCLUSIVAS PARA MUJERES

a	¿Está embarazada?	☐ Sí ☐ No
	¿Quién o quiénes presentan la condición?	
	Diagnóstico	
b	¿Ha tenido complicaciones del embarazo?	☐ Sí ☐ 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 y cualquier otro diagnóstico no listado, que deberá ser detallado indicando el nombre específico de la condición?	☐ Sí ☐ 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 y cualquier otro diagnóstico no listado, que deberá ser detallado indicando el nombre específico de la condición?	☐ 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.

PROTECCIÓN DATOS PERSONALES

Responsable del tratamiento:

BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante "La Compañía"), Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Edif. San Salvador, Pisos 3 y 4, Quito, Ecuador, tratará los datos personales, incluidos datos personales de salud del Asegurado Titular y Asegurados Dependientes (en adelante "El Titular o Los Titulares"), en calidad de responsable del tratamiento.

Finalidades principales y legitimación:

Los datos personales del Asegurado Titular y Asegurados Dependientes, incluyendo sus datos de salud (los "Datos Personales"), se tratarán con las finalidades que aparecen detalladas en nuestro Aviso de Privacidad (ver Información Adicional). De manera general, dichas finalidades principales, comprenden: formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro, con base en la necesidad del tratamiento para la ejecución del contrato de seguro y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria; determinación y formalización de la cobertura; evaluación y análisis de riesgos; prestación de nuestros servicios ofertados y contratados; para el envío de información que puede resultar de su interés; así como para el cumplimiento de nuestras obligaciones legales; elaboración de perfiles necesaria para la personalización de los servicios; en su caso, para el envío de comunicaciones comerciales.

Destinatarios:

La Compañía únicamente compartirá los Datos Personales de los titulares si existe un fundamento jurídico para ello o en todos aquellos casos en que el Titular otorgue su consentimiento.

Entre estos destinatarios, se encuentran: Empresas del Grupo y terceras empresas colaboradoras, además de entidades del sector público competentes y autoridades de control que tengan la facultad de solicitar información sobre sus Datos Personales y otros cuando así lo requiera la legislación vigente.

Algunos de dichos terceros se encuentran en países situados fuera del territorio ecuatoriano, en cuyo caso La Compañía ha adoptado las garantías apropiadas para llevar a cabo la transferencia de datos.

Procedencia:

Los Datos Personales proceden de los Titulares, se generan como consecuencia de la prestación del servicio y proceden de corredores, agentes de seguros o terceros colaboradores.

Derechos:

El Titular podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, actualización, eliminación de datos personales, suspensión u oposición al tratamiento y portabilidad, así como revocar su consentimiento dirigiéndose a nuestro correo: privacyoffice@bupa-latnamerica.com.

Información Adicional:

Puede consultar nuestra política íntegra en: <https://www.bupasalud.com.ec/ec-politica-de-privacidad>

*El Asegurado Titular se hace responsable de comunicar a todos los Asegurados Dependientes incluidos en la póliza la información contenida en la presente cláusula con el objetivo de que queden informados del tratamiento de sus datos personales y para que puedan ejercitar sus derechos.

Asimismo, el Asegurado Titular declara actuar en su nombre y en el de los Asegurados Dependientes cuando consiente a los tratamientos descritos en la presente cláusula. Asimismo, el Asegurado Titular declara que los Asegurados Dependientes entienden y aceptan que éste haya proporcionado o proporcione sus Datos Personales a La Compañía, como que ésta facilite al Asegurado Titular la información identificativa sobre los servicios médicos de los Asegurados Dependientes cubiertos por la póliza, salvo que por parte del Asegurador Titular se libere por escrito a La Compañía de su deber legal de informarle o sea solicitado por cualquiera de los Asegurados Dependientes.

La falta de aceptación del tratamiento que se incluye a continuación no condiciona la solicitud o el contrato de seguro con La Compañía. Con la firma del presente formulario el Asegurado Titular consiente que La Compañía pueda realizar cada uno de los tratamientos señalados en el presente numeral sobre los Datos Personales de los Titulares, incluidos datos personales de salud.

Consiente la cesión de sus datos personales (inclusive de salud) al Agente de Seguros que usted haya nombrado legalmente para que sea su asesor e intermediario, para fines de servicio y cumplimiento del objeto del contrato de seguro.

Declaro que he sido informado, entiendo y consiento de manera expresa, informada, libre y voluntaria el uso de mis datos personales conforme a lo determinado en las políticas de protección de datos personales de La Compañía y lo descrito en la presente información de protección de datos.

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.

12. INFORMACIÓN LEGAL (CONTINUACIÓN)

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.

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.

RECONOMIENTO Y AUTORIZACIÓN (AGENTE)

Como Agente, acepto completa responsabilidad por la asesoría brindada al Asegurado Titular: antes, durante y después de la presentación de esta solicitud; Así como, sobre el proceso de emisión de la póliza del asegurado y las demás responsabilidades previstas en la normativa vigente. Además, declaro que he explicado al asegurado los alcances y condiciones generales de este seguro.

En mi calidad de Asegurado Titular, por medio del presente documento nombro a: _____
_____ como mi Agente/Asesor Productor de Seguros para
que ejecute las funciones que determina la normativa de seguros vigente en cuanto a servicio de asesoría e intermediación.

Código de Agente

12. ACEPTACIÓN Y FIRMA

Firma Asegurado Titular		Lugar	
		Fecha	
Bupa Ecuador S.A. Firma Autorizada		Lugar	
		Fecha	

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.

13. 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 el presente formularios con el número de registro 61392 con el Oficio No. SCVS-IRCVSQ-DRS-2026-00098354-O del 09 de junio de 2026.

BUPA ECUADOR, S.A.

Av. República de El Salvador N34-229 Y Moscú, Ed. San Salvador, Piso 3, Quito, Ecuador
Tel. (593) 2 401-8945 / SACEcuador@bupalatinamerica.com / www.bupasalud.com