

Esta solicitud es un documento legal que debe ser leído y completado en su totalidad, así como firmado por el solicitante y su agente.

Si usted padece de alguna condición médica existente, deberá declararla detalladamente en las páginas 2, 3 y 4, 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 dependientes

 Cambio de plan/opción

### Sección I. Información del Solicitante

1. Apellidos:		2. Nombres:		
3. Dirección:		4. Número de cédula/pasaporte:	5. Ocupación:	
6. Ciudad:	7. Provincia o estado:	8. País:	9. Correo electrónico:	
10. Teléfono (oficina o móvil):	11. Fax:	12. Sexo:	13. Lugar y fecha de nacimiento:	
14. Estado civil:		M	F	D D / M M / A A A A
<input type="radio"/> Soltero(a)	<input type="radio"/> Casado(a)	<input type="radio"/> Divorciado(a)	<input type="radio"/> Viudo(a)	15. Estatura: M Pies
			16. Peso: Kg Lb	
17. Si esta solicitud incluye hijos entre los 18 y 23 años de edad:				
¿Es alguno de ellos estudiantes a tiempo completo en una universidad?				Sí No
17a. Si respondió <b>"Sí"</b> , por favor indique el nombre de la universidad y proporcione copia del certificado o comprobante de la universidad como evidencia de que son estudiantes de tiempo completo:				

### Sección II. Información de Dependientes

DEPENDIENTE 1 (cónyuge, hijos naturales, hijastros o niños legalmente adoptados por el titular; o los niños de quienes el titular ha sido legalmente nombrado guardián; los hijos deben ser solteros)

1. Apellidos:		2. Nombres:		3. Relación con el solicitante:	
4. Fecha de nacimiento:	5. Sexo:	6. Estatura:	7. Peso:	8. Número de cédula:	
D D / M M / A A A A	M F	M Pies	Kg Lb		

DEPENDIENTE 2 (cónyuge, hijos naturales, hijastros o niños legalmente adoptados por el titular; o los niños de quienes el titular ha sido legalmente nombrado guardián; los hijos deben ser solteros)

1. Apellidos:		2. Nombres:		3. Relación con el solicitante:	
4. Fecha de nacimiento:	5. Sexo:	6. Estatura:	7. Peso:	8. Número de cédula:	
D D / M M / A A A A	M F	M Pies	Kg Lb		

DEPENDIENTE 3 (cónyuge, hijos naturales, hijastros o niños legalmente adoptados por el titular; o los niños de quienes el titular ha sido legalmente nombrado guardián; los hijos deben ser solteros)

1. Apellidos:		2. Nombres:		3. Relación con el solicitante:	
4. Fecha de nacimiento:	5. Sexo:	6. Estatura:	7. Peso:	8. Número de cédula:	
D D / M M / A A A A	M F	M Pies	Kg Lb		

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. Fecha de efectividad solicitada:	2. Plan:	3. Opción del deducible:	4. Cobertura adicional:
D D / M M / A A A A	<input type="radio"/> Absolute VIP <input type="radio"/> Universal VIP <input type="radio"/> Special VIP <input type="radio"/> Access VIP	US \$	<input type="radio"/> Extensión de la cobertura de maternidad <input type="radio"/> Cobertura Plus <input type="radio"/> Trasplante de órganos

## Sección IV. Información de Cobertura Previa

I. ¿Tiene usted una cobertura médica con alguna otra compañía?  Sí  No

Ia. Nombre de la compañía:  Ib. Número de teléfono:

Ic. Plan:  Id. Valor del deducible:  Ie. Número de contrato:

If. ¿Tiene intención de mantener la cobertura médica con la otra compañía?  Sí  No

Ig. ¿Ha tenido cobertura médica con VUMI o cualquiera de sus afiliadas?  Sí  No

Ih. Si respondió **"Sí"**, por favor indicar su número de contrato:

Fecha de inicio de la cobertura:  /  /  Fecha de fin de la cobertura:  /  /

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

2. ¿Ha sido alguna solicitud de cobertura médica o de vida rechazada, o aceptada sujeta a restricciones o a una prima mayor que las tarifas estándar de la compañía para el solicitante o alguno de sus dependientes?  Sí  No

2a. Si respondió **"Sí"**, por favor explicar:

## Sección V. Información Médica

## Parte A: Exámenes Médicos

I. ¿Se ha realizado el solicitante o alguno de los dependientes algún examen que no sea rutinario en los últimos 5 años? En caso afirmativo, indique:  Sí  No

Ia. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:  Ib. ¿Qué tipo de examen?:

Ic. ¿Cuál fue la razón del examen?:  Id. Resultados del examen:

Ie. ¿Actualmente se está realizando otros exámenes para comprobar el resultado de un diagnóstico?  Sí  No

2. ¿Ha tenido el solicitante o alguno de los dependientes consultas médicas en los últimos 9 meses? En caso afirmativo, indique:  Sí  No

2a. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:  2b. ¿Qué tipo de consulta?:

2c. ¿Se realizaron exámenes como consecuencia de esta consulta? En caso afirmativo, detallar cuales fueron los exámenes:

Sí  No

2d. Resultados de los exámenes:

3. ¿Ha sufrido el solicitante o alguno de los dependientes algún accidente? En caso afirmativo, indique:  Sí  No

3a. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:  3b. ¿Qué tipo de accidente sufrió? ¿Está actualmente en tratamiento por motivo de este accidente?:

Sí  No

3c. ¿Existen secuelas conocidas en la salud de la persona a causa de este accidente? En caso afirmativo, por favor detallar:  3d. ¿Usa algún aparato ortopédico?:

Sí  No

4. ¿Ha tenido el solicitante o alguno de los dependientes un examen pediátrico, ginecológico o de rutina en los últimos 5 años? En caso afirmativo, indique:  Sí  No

## EXAMEN MÉDICO 1

1. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:  2. Tipo de examen:  3. Fecha:

4. Resultado:  5. ¿Se realizaron exámenes posteriores? En caso afirmativo, detalle los resultados:

Sí  No

## EXAMEN MÉDICO 2

1. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:  2. Tipo de examen:  3. Fecha:

4. Resultado:  5. ¿Se realizaron exámenes posteriores? En caso afirmativo, detalle los resultados:

Sí  No

## Parte B: Medicamentos

¿Al solicitante o a alguno de los dependientes se le ha indicado o se encuentran bajo tratamiento con algún medicamento? En caso afirmativo, indique:

Sí No

## TRATAMIENTO MÉDICO 1

1. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:

2. Desde:

3. Hasta:

D D / M M / A A A A

D D / M M / A A A A

4. Nombre del medicamento, dosis y frecuencia:

## TRATAMIENTO MÉDICO 2

1. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:

2. Desde:

3. Hasta:

D D / M M / A A A A

D D / M M / A A A A

4. Nombre del medicamento, dosis y frecuencia:

## Parte C: Condiciones Médicas

Según su mejor entendimiento y conocimiento, ¿el solicitante o alguno de los dependientes ha recibido tratamiento médico, o se ha realizado pruebas diagnósticas y/o ha padecido alguna de estas enfermedades a lo largo de su vida?

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 otro desorden muscular; articular o de los huesos	Sí	No
8	Cáncer o tumores benignos	Sí	No
9	Anemia, leucemia, linfoma, trastornos de la coagulación u otro desorden de la sangre	Sí	No
10	Diabetes, desórdenes de la glándula tiroides u otro desorden 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	¿Actualmente embarazada? (en caso afirmativo, indicar fecha probable del parto): D D / M M / A A A A	Sí	No
17	¿La titular o alguna de las dependientes ha estado embarazada anteriormente? (en caso afirmativo, por favor completar): 17a. Número de embarazos:    17b. Partos:    17c. Cesáreas:    17d. Abortos:	Sí	No
18	Complicación del embarazo o del parto, embarazo múltiple, o un hijo(a) con algún defecto de nacimiento (en caso afirmativo, detalle el caso en la Parte D)	Sí	No
19	Otra enfermedad, padecimiento, lesión, 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 y apellido del solicitante o dependiente:

3. Enfermedad o lesión:

4. Desde:

5. Hasta:

6. Nombre del médico:

D D / M M / A A A A

D D / M M / A A A A

7. Teléfono del médico:

8. Tratamiento:

9. Resultado del tratamiento:

+

10. Condición actual de la enfermedad o lesión (ej. si está en tratamiento, desapareció o está controlada):

## Sección V. Información Médica

(continuación)

## CONDICIÓN MÉDICA 2

1. Número:  2. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:  3. Enfermedad o lesión:

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

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

10. Condición actual de la enfermedad o lesión (ej. si está en tratamiento, desapareció o está controlada):

## CONDICIÓN MÉDICA 3

1. Número:  2. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:  3. Enfermedad o lesión:

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

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

10. Condición actual de la enfermedad o lesión (ej. si está en tratamiento, desapareció o está controlada):

## Parte E: Hábitos

¿El solicitante o alguno de los dependientes usa o ha usado productos con nicotina, bebidas alcohólicas o drogas ilegales? En caso afirmativo, indique:  Sí  No

## TIPO DE HÁBITO 1

1. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:  2. Producto y cantidad consumida por día:  3. Desde - Hasta (mes/año):  /  /  -  /  /

## TIPO DE HÁBITO 2

1. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:  2. Producto y cantidad consumida por día:  3. Desde - Hasta (mes/año):  /  /  -  /  /

## TIPO DE HÁBITO 3

1. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:  2. Producto y cantidad consumida por día:  3. Desde - Hasta (mes/año):  /  /  -  /  /

Cualquier examen, tratamiento y/o consultas que se realice el titular o cualquiera de sus dependientes antes o durante la presentación de la solicitud 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. ¿El solicitante o alguno de los dependientes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes del corazón, cáncer o enfermedad congénita o hereditaria? En caso afirmativo, indique:  Sí  No

## HISTORIA FAMILIAR 1

1. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:  2. Relación con el solicitante:  3. Enfermedad:

## HISTORIA FAMILIAR 2

1. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:  2. Relación con el solicitante:  3. Enfermedad:

2. Si alguno de los dependientes es adoptado, ¿conoce su historial médico familiar? En caso afirmativo, indique:  Sí  No

## HISTORIA FAMILIAR 1

1. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:  2. Relación con el solicitante:  3. Enfermedad:

## HISTORIA FAMILIAR 2

1. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:  2. Relación con el solicitante:  3. Enfermedad:

## Sección VII. Método de Reembolso de Reclamos

Por favor, indique el método a través del cual desea recibir el pago de los reembolsos de reclamos. Le recordamos que las transferencias bancarias son el método más rápido y seguro para este fin:

Cheque      Transferencia bancaria      Aplicar reembolso a la cuota

### PARA 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="radio"/> Ahorros <input type="radio"/> 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 derecho de seguir las 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.

### 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 mis registros médicos y/o los de mis dependientes, así como también cualquier 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 mi persona y mis dependientes. Autorizo e instruyo a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia o cualquier otro proveedor médico, compañía de medicina prepagada, si tuviere un seguro previo o cuenta con algún otro plan de seguro médico, la Oficina de Información Médica (MIB, por sus siglas en inglés), 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. Asimismo, autorizo a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. y a sus subsidiarias y filiales a revelar a mi agente/agencia, afiliados, sucesores y a la Oficina de Información Médica (MIB) 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:

- 1) 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.
- 2) Administrar reclamaciones y determinar o cumplir la responsabilidad de cobertura y suministro de beneficios.
- 3) Administrar la cobertura.
- 4) 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 de salud necesaria.

1. Nombre y apellido del solicitante:	2. Firma del solicitante:	3. Fecha:
<input type="text"/>	X <input type="text"/>	<input type="text" value="DD / MM / AAAA"/>

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 y apellido/código del agente:	5. Firma del agente:	6. Fecha:
<input type="text"/>	X <input type="text"/>	<input type="text" value="DD / MM / AAAA"/>

## Sección IX. Requisitos

Le recordamos que necesitamos los siguientes documentos:

- Copia de la cédula de todos los solicitantes.
- Carnet de discapacidad del solicitante o los dependientes de ser el caso.
- Información de consultas médicas, exámenes y/o resultados de los últimos 6 meses.

## Sección X. Datos de Facturación

1. Nombre y apellido del contratante/razón social:	2. Número de cédula/RUC:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. Dirección:	4. Correo electrónico para facturación electrónica:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. Teléfono (oficina o móvil):	6. Fax:
+ <input type="text" value="0000000000"/>	+ <input type="text" value="0000000000"/>

## Sección XI. Información de Pago

1. Nombre y apellido del contratante/razón social:

2. Número de contrato:

3. Modalidad de pago:

Anual

Semestral

Trimestral

Mensual

Cuota ..... US\$

Cobertura opcional ..... US\$

Contribución Seguro Campesino ..... US\$

Total ..... US\$

Método de pago

Cheque

Transferencia bancaria

Tarjeta de crédito

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

Para pagos realizados por transferencia bancaria, use la siguiente información:

Beneficiario:	VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A.	Dirección del banco:	Junín 200 y Panamá.
RUC:	0992883677001	Número de cuenta corriente:	1785002429
Banco:	Banco Bolivariano	SWIFT:	BBOLECEG100

Para pagos realizados por tarjeta de crédito, use la siguiente información:

1. Nombre del titular del contrato:

2. Número del contrato:

Yo, \_\_\_\_\_ autorizo a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. a cargar mi tarjeta de crédito por los valores del contrato arriba detallados en los plazos de pago establecidos y la forma de pago solicitada.

3. Modalidad del contrato:

4. Banco emisor:

5. Tipo de tarjeta de crédito:

Anual

Trimestral

Semestral

Mensual



Personal

Corporativa

6. Número de tarjeta de crédito:

7. Fecha de expiración:

8. CVC:

9. Cuota a cargar:

- - - - -

M M / A A A A

- - -

US\$

10. Forma de pago:

11. Diferido sin intereses:

12. Diferido con intereses:

Corriente

Diferido

3 meses

6 meses

9 meses

11 meses

12 meses

6 meses

9 meses

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 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 los acepto y reconozco como obligación.

Me comprometo expresamente a enviar una comunicación escrita con 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, autorizo que en caso de pérdida, hurto, robo o cualquier circunstancia por el que fuera cambiado el número de la tarjeta de crédito antes singularizada, se cuenta con el nuevo número que se me asigne para efectuar todos los pagos de manera incondicional dentro del período correspondiente, de tal manera que el cambio del número indicado no sea causa para no cancelar los valores que adeude.

**Débito automático para pagos recurrentes:**

Sí No

Con mi firma en este documento, solicito e instruyo a la institución correspondiente que permita a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. debitar automáticamente de la tarjeta de crédito directamente y pagar la cuota de cobertura médica VUMILATINA®, a menos que yo indique lo contrario por escrito.

En caso que me encontrare en mora de una o más cuotas, autorizo debitar el valor total de lo vencido hasta la cancelación total o hasta encontrarme al día en los pagos.

13. Cédula de identidad:

14. Teléfono:

15. Fecha de firma del tarjetahabiente:

- - - - -

+ - - - - -

D D / M M / A A A A

16. Firma del tarjetahabiente:

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

X .....

X .....

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

