

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. Así mismo, VUMILATINA® 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:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
3. Dirección:		4. Número de cédula/pasaporte:	5. Ocupación:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6. Ciudad:	7. Provincia o estado:	8. País:	9. Correo electrónico:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
10. Teléfono (oficina o móvil):	11. Fax:	12. Sexo:		
+ <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	+ <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		
13. Estado civil:	14. Lugar y fecha de nacimiento:			
<input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Casado(a) <input type="radio"/> Divorciado(a) <input type="radio"/> Viudo(a)	<input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
15. Estatura:	16. Peso:	17. Si esta solicitud incluye hijos entre los 18 y 23 años de edad:		
<input type="text"/> Metros <input type="text"/> Pies	<input type="text"/> Kilos <input type="text"/> Libras	<input type="checkbox"/> ¿Es alguno de ellos estudiantes a tiempo completo en una universidad? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
17a. Si respondió "Sí" , 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:				
<input type="text"/>				

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)

1. Apellidos:		2. Nombres:		3. Relación con el solicitante:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4. Fecha de nacimiento:	5. Sexo:	6. Estatura:	7. Peso:		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	<input type="text"/> Metros <input type="text"/> Pies	<input type="text"/> Kilos <input type="text"/> Libras		
8. Estado civil:	9. Número de cédula:				
<input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Otro	<input type="text"/>				

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)

1. Apellidos:		2. Nombres:		3. Relación con el solicitante:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4. Fecha de nacimiento:	5. Sexo:	6. Estatura:	7. Peso:		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	<input type="text"/> Metros <input type="text"/> Pies	<input type="text"/> Kilos <input type="text"/> Libras		
8. Estado civil:	9. Número de cédula:				
<input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Otro	<input type="text"/>				

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)

1. Apellidos:		2. Nombres:		3. Relación con el solicitante:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
4. Fecha de nacimiento:	5. Sexo:	6. Estatura:	7. Peso:		
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	<input type="text"/> Metros <input type="text"/> Pies	<input type="text"/> Kilos <input type="text"/> Libras		
8. Estado civil:	9. Número de cédula:				
<input type="radio"/> Soltero(a) <input type="radio"/> Otro	<input type="text"/>				

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:

D D / M M / A A A A

2. Plan:

Absolute VIP
 Universal VIP
 Special VIP
 Access VIP

3. Opción del deducible:

US \$

4. Cobertura adicional:

Extensión de la cobertura de maternidad

Cobertura Plus

Trasplante de órganos

Sección IV. Información de Cobertura Previa

1. ¿Tiene usted una cobertura médica con alguna otra compañía?

Sí No

1a. Nombre de la compañía:

1b. Número de teléfono:

+ - -

1c. Plan:

1d. Valor del deducible:

1e. Número de contrato:

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

Sí No

1g. ¿Ha tenido cobertura médica con VUMI o cualquiera de sus afiliadas?

Sí No

1h. Si respondió "SI", por favor indicar su número de contrato:

Fecha de inicio de la cobertura: D D / M M / A A A A Fecha de fin de la cobertura: D D / M M / A A A A

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 "SI", por favor explicar:

Sección V. Información Médica

Parte A: Exámenes Médicos

1. ¿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

1a. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:

1b. ¿Qué tipo de examen?

1c. ¿Cuál fue la razón del examen?

1d. Resultados del examen:

1e. ¿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:

Sí No

3d. ¿Usa algún aparato ortopédico?

Sí No

Sección V. Información Médica

(continuación)

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

EXAMEN MÉDICO 3

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:

4. Nombre del medicamento, dosis y frecuencia:

TRATAMIENTO MÉDICO 2

1. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:

2. Desde:

3. Hasta:

4. Nombre del medicamento, dosis y frecuencia:

TRATAMIENTO MÉDICO 3

1. Nombre y apellido del solicitante o dependiente:

2. Desde:

3. Hasta:

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

Sección V. Información Médica

(continuación)

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 tiroidea 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): <input type="text"/> DD / <input type="text"/> MM / <input type="text"/> AAAA	Sí	No
17	¿La titular o alguna de las dependientes ha estado embarazada anteriormente? (en caso afirmativo, por favor completar): 17a. Número de embarazos: <input type="text"/> 17b. Partos: <input type="text"/> 17c. Cesáreas: <input type="text"/> 17d. Abortos: <input type="text"/>	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: DD / MM / AAAA 5. Hasta: DD / MM / AAAA 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 2

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

4. Desde: DD / MM / AAAA 5. Hasta: DD / MM / AAAA 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: DD / MM / AAAA 5. Hasta: DD / MM / AAAA 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):

Sección V. Información Médica

(continuación)

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. Desde:

3. Hasta

D D / M M / A A A A

D D / M M / A A A A

4. Producto y cantidad consumida por día:

TIPO DE HÁBITO 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. Producto y cantidad consumida por día:

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?

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?

Sí No

HISTORIA FAMILIAR 3

1. Nombre y apellido del dependiente adoptado:

2. Relación con el solicitante:

3. Enfermedad:

HISTORIA FAMILIAR 4

1. Nombre y apellido del dependiente adoptado:

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 y apellido del titular de la cuenta:

2. Cédula del titular de la cuenta:

3. País de la institución financiera:

4. Nombre del banco:

5. IBAN o número de cuenta:

6. Código SWIFT:

7. ACH/RT (solo para Bank of America):

8. ABA:

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, 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 a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia o cualquier otro proveedor médico, plan de salud, 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 para revelar dicha información a VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A. o sus representantes designados. Así mismo, 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 revelada conforme a esta autorización pueda volver a ser revelada y que la información, una vez divulgada, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales que rigen la privacidad y la 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:

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 de agente:

5. Firma del agente:

6. Fecha:

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:

2. Número de cédula/RUC:

3. Dirección:

4. Correo electrónico para facturación:

5. Teléfono (oficina o móvil):

6. Fax:

Sección XI. **Información** de Pago

(el pago debe ser enviado con la solicitud)

1. Nombre y apellido del contratante:

2. Número de contrato:

3. Modalidad de pago:

Anual

Semestral

Trimestral

Mensual

Cuota US\$

Cobertura opcional US\$

Contribución Seguro Campesino US\$

Total US\$

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

Método de pago OPCIÓN 1:

Cheque

Cheque corporativo

Transferencia bancaria

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

Beneficiario:	VUMILATINA® Medicina Prepagada S.A.
RUC:	0992883677001
Banco:	Banco Bolivariano

Dirección del banco:	Junín 200 y Panamá.
Número de cuenta corriente:	1785002429
SWIFT:	BBOLECEG100

Método de pago OPCIÓN 2:

Tarjeta de crédito (completar el formulario de Autorización para Tarjeta de Crédito)