

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN Y COBERTURA

Nombre solicitante:	
Cédula identidad:	
Correo electrónico:	
Dirección domicilio:	
Teléfonos:	
Fecha:	

Registro de Afiliados (Titular y dependientes):

No. Cédula	Nombres	Apellidos	Fecha de nacimiento dd/mm/aa	Edad	Género		Parentesco
					F	M	
							TITULAR
							PAREJA
							DEPENDIENTE 1
							DEPENDIENTE 2
							DEPENDIENTE 3

PLAN MASIVO INCLUSIVO (RED CERRADA) – PLAN PROTECCIÓN

COBERTURAS	DETALLE
Consultas ambulatorias en: · Medicina general · Ginecología · Pediatría	Ilimitadas: Dentro de la Red Inmedical.
Entrega de medicamentos	Medicación gratuita con recetas de médicos de la Red Inmedical en las especialidades ambulatorias contratadas
Exámenes de laboratorio	Hasta \$15 USD por evento en centros autorizados con pedido de médico de la Red Inmedical
Hospitalización por enfermedad o accidente	Hasta \$1.200 USD por incapacidad dentro de la Red Inmedical a través de crédito hospitalario. Carencia 60 días.
Beneficios adicionales	<p>- Hasta 4 consultas de médico a domicilio al año por núcleo familiar (previo agendamiento)</p> <p>Seguro de Vida con respaldo de Seguros Del Pichincha</p> <p>- Muerte por cualquier causa, \$ 5.000 USD.</p> <p>- Muerte accidental, \$ 5.000 USD.</p> <p>- Incapacidad total y permanente, hasta \$ 5.000 USD.</p> <p>- Desmembración accidental, hasta \$ 5.000 USD.</p> <p>- Gastos médicos por accidente, hasta \$ 500 USD.</p> <p>Notas:</p> <p>* Gastos médicos por accidente, aplica mediante reembolso y con deducible del 10% del valor del siniestro, mínimo USD. 20</p> <p>* Límite de edad de ingreso para cobertura de Muerte por cualquier causa, Muerte accidental, Incapacidad y Desmembración hasta los 70 años, con permanencia hasta los 80 años</p> <p>Para conocer los detalles de la cobertura de Vida de Seguros del Pichincha escanear el siguiente código QR, y leer detenidamente el Anexo 1 de este certificado.</p> <div style="text-align: center;">  </div>

Titular Solo: \$20.77

(marca con una X)

Titular + Dependiente: \$31.28

(marca con una X)

Titular + Familia: \$40.71

(marca con una X)

SOLICITUD. - Con la suscripción de la presente solicitud expreso libremente y con plena capacidad legal para hacerlo, que he leído o he sido plenamente informado de:

1.- Que el prestador de salud es INMEDICAL S.A. Compañía de Salud Integral Prepagada, legalmente habilitada para brindar dichos servicios.

2.- Los servicios de financiamiento de salud prepagada que recibiré, de mis derechos, condiciones y demás estipulaciones del contrato, así como de que las mismas podrán ser consultadas y descargadas en el sitio web de Inmedical (www.inmedical.com.ec)

3- Que podré solicitar la terminación del servicio en cualquier momento, para lo cual deberé notificar por escrito mi decisión de no seguir recibiendo el servicio a INMEDICAL (info@inmedical.com.ec).

ACEPTACIÓN DEL SERVICIO Y NOTIFICACIONES: Con la suscripción de la presente solicitud ACEPTO recibir el servicio de financiamiento de salud prepagada, según la modalidad y precios antes seleccionados (titular solo, titular + 1 dependiente o titular + familia) y será pagado de manera mensual mediante debito a mi cuenta o tarjeta de crédito.

Adicionalmente, autorizo para renovar el servicio por un plazo y forma similar por un año adicional, conociendo que el mismo puede terminar según lo constante en el contrato de medicina prepagada.

Vigencia del plan de medicina prepagada 12 meses

NOTIFICACIONES: Con la suscripción de la presente solicitud ACEPTO recibir notificaciones por medio de correo electrónico, mensajes de texto, llamada telefónica o cualquier otro medio electrónico que permita el registro de los datos remitidos. Las notificaciones se considerarán enviadas cuando hayan salido de la red electrónica de INMEDICAL S.A; y, recibidas cuando el mensaje de datos ingrese al sistema de información o red electrónica del destinatario, independientemente de haberse recuperado o no el mensaje de datos. Adicionalmente, acepto que en caso de que intervengan agentes o agencias asesoras productoras de seguros puedan realizar notificaciones utilizando los canales antes descritos.

TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: A la suscripción de este instrumento entiendo y declaro que se me ha explicado respecto al tratamiento de mis datos personales con motivo de la presente contratación. La finalidad de los mismos está relacionada a la prestación efectiva del contrato y conducen, específicamente, a identificarme como titular del servicio y a ejecutar aquellas obligaciones constantes en el contrato. Declaro también que se me ha informado respecto a mis derechos de acceso, rectificación, eliminación, oposición, y demás previstos en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. También conozco que el presente consentimiento lo puedo revocar en cualquier momento. Cualquier notificación se la remitirá por medio de una solicitud al correo: info@inmedical.com.ec, en el que se especificará nombres completos, número de contrato y detalle claro y concreto del pedido. Es de mi conocimiento que, aunque la relación contractual termine, INMEDICAL podrá reservar mi información por el tiempo de 5 años adicionales, para efectos de reclamos administrativos o auditorías de los entes de control.

FALTA DE FONDOS: Al suscribir la presente solicitud dejo constancia de que conozco que en caso de que los valores no sean cancelados el servicio será suspendido, y en caso de falta de pago por 3 meses consecutivos el mismo será cancelado, conforme a lo dispuesto en la Ley, sin que exista derecho a reclamo alguno.

El presente documento reposará en los archivos de INMEDICAL, y con dicho resguardo se considera que dicha institución cuenta con la información que justifica la relación entre INMEDICAL y el CLIENTE.

Registro de Firma / Huella Dactilar / (OTP)

ANEXO 1 – Seguros Del Pichincha

Autorizo a Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros a utilizar, tratar, transferir y almacenar mi información personal a fin de: formalizar e instrumentar el contrato de seguro y la relación comercial. Esta autorización se mantendrá vigente hasta el fin de la relacional contractual entre las partes y, posterior a ello por cinco (5) años más. Puede ejercer sus derechos contemplados en la normativa, a través del correo gestiondeinformación@seg-pichincha.com o en cualquiera de los establecimientos físicos de Seguros del Pichincha.

Declaro que la información contenida en este certificado es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada; además, declaro conocer y aceptar que es mi obligación actualizar de manera inmediata mis datos personales; como cualquier cambio en la información que hubiere proporcionado durante la vigencia de la relación con la compañía, así como entregar cualquier información que me sea solicitada.

Declaro que el dinero utilizado para realizar las transacciones con Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros no proviene de ninguna actividad relacionada con el lavado de activos, financiamiento del terrorismo, financiamiento de otros delitos, ni es producto de ningún delito. Conocedor de las penas de perjurio declaro que realizo y realizaré operaciones lícitas con Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros desde el inicio de la relación contractual hasta su finalización.

Autorizo a Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros a realizar el análisis y las verificaciones que considere pertinentes, así mismo autorizo a todas las personas naturales, jurídicas de derecho público o privado a facilitar a Seguros del Pichincha S.A. Compañía de Seguros y Reaseguros toda información que ésta requiera respecto de mi persona, y autorizo que informe a los organismos competentes en caso de ser necesario. En ningún caso estas autorizaciones generarán reclamo o pretensión judicial de mi parte.

DECLARACIÓN BENEFICIARIOS POR MUERTE (A título gratuito)

Nombre del Beneficiario	Parentesco / Relación	Porcentaje 100(%)	Edad	Cedula	Fecha de Nacimiento

Cuando el Asegurado no designe beneficiario o por cualquier causa la designación resulte ineficaz o quede sin efecto, tienen derecho al seguro los herederos del Asegurado, de conformidad a las disposiciones establecidas en el código civil.

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

Registro de Firma / Huella Dactilar / (OTP)