



SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Fecha de Solicitud: _____

Plan: _____

Nombre del Ejecutivo: _____

Cuota mensual cotizada: _____ USD

Titular con beneficios: Sí No

1. DATOS PERSONALES DEL TITULAR Y/O DEPENDIENTES

Apellidos	Nombres	C.C./ Pasaporte	Fecha de nacimiento (dd / mm / aaaa)	Edad	Parentesco	Género

2. DATOS DE CONTACTO DEL TITULAR **Domicilio:** **Trabajo:**

Dirección: _____ Ciudad: _____

Provincia: _____ Parroquia: _____ Celular: _____

Empresa donde labora: _____ E-mail para notificaciones: _____

3. CONTINUIDAD Sí No

Compañía: _____ Vigencia: / /

4. REFERENCIA FAMILIAR

Nombre: _____ Parentesco: _____ Celular: _____

5. DATOS PARA FACTURACIÓN **Titular** **Otro** (En caso de ser otro, llenar la siguiente información)

Nombre/Razón social: _____ C.C./RUC: _____ Celular: _____

Dirección: _____ E-mail para notificaciones: _____

6. DATOS BANCARIOS PARA REEMBOLSOS

Banco: _____ Tipo de cuenta: Ahorro Corriente Número de cuenta: _____

OBSERVACIÓN: La cuenta para pago de reembolsos debe ser únicamente del titular del contrato, no puede pertenecer a terceros.

7. AUTORIZACIÓN DE EMISIÓN/RENOVACIÓN DE CONTRATO CON FIRMA ELECTRÓNICA

"Consiento de forma expresa mediante la presente solicitud de afiliación que la compañía PLAN VITAL VITALPLAN S.A., con R.U.C. No. 0991189270001, está autorizada y, por lo tanto, puede emitir o renovar el contrato de prestación de servicios de salud y de Medicina Prepagada mediante el envío del mensaje de datos a mi correo electrónico señalado, por lo que declaro que el envío del documento que contienen las cláusulas del contrato original y/o su renovación y sus anexos, conjuntamente con la firma electrónica del representante legal de la compañía, es suficiente para que los contratos, sus renovaciones y sus anexos sean válidos, es decir, dentro de la presente solicitud manifiesto que estoy de acuerdo con las condiciones generales, particulares y anexos del plan a contratar y sus renovaciones.

En cumplimiento con la Ley de Comercio Electrónico vigente y su Reglamento, declaro que la compañía PLAN VITAL VITALPLAN S.A. me ha informado a cabalidad respecto al procedimiento para el retiro de mi consentimiento de emisión/renovación del contrato electrónico, el procedimiento para renovación del contrato, el procedimiento para la obtención de la documentación física y las consideraciones generales que abarca la presente autorización.

A su vez, PLAN VITAL VITALPLAN S.A. ha puesto a mi alcance lo aquí detallado en la página web <https://contratosdigitales.planvital.ec>, por lo tanto declaro que soy consciente de la autorización que he brindado a favor de la mencionada compañía y los derechos y obligaciones que acarrea.

8. DECLARACIONES

"(*) PLAN VITAL VITALPLAN S.A. se reserva el derecho de aceptar o denegar la presente solicitud de afiliación. Una vez que el pago de la primera cuota éste realizado, la cobertura del contrato entrará en vigencia cuando se hayan cumplido las evaluaciones respectivas realizadas por el departamento de auditoría médica.

(*) Declaro bajo juramento que la información proporcionada dentro de la presente solicitud de afiliación y dentro de la declaración de salud es verdadera. Reconozco que ambos documentos son importantes para determinar la aceptación o no de la presente solicitud de afiliación, por tal motivo me sujeto a las penas de ley respectivas en caso de declarar información falsa.

(*) En caso de que en el tiempo que transcurra entre la firma de la presente solicitud y el contrato de prestación de servicios de salud y medicina prepagada aparezcan síntomas de cualquier tipo de enfermedad al titular y/o sus dependientes, que la compañía PLAN VITAL VITALPLAN S.A. debe conocer, me comprometo a notificarlo y declararlo de inmediato para que se hagan las evaluaciones respectivas.

(*) Ni yo ni mis dependientes nos podremos beneficiar de acciones u omisiones que puedan perjudicar a la compañía que financia los servicios de salud y medicina prepagada. En caso de hacerlo, me obligo a devolver el dinero y/o los beneficios en su totalidad a requerimiento de PLAN VITAL VITALPLAN S.A.

(*) Si el contrato se rescinde por cualquier caso, declaro que acepto que tanto yo como mis dependientes perdemos cobertura.

(*) Autorizo a PLAN VITAL VITALPLAN S.A. a obtener la información que considere necesaria por cualquier medio y no limitado a exámenes o tratamientos médicos realizados con anterioridad a la suscripción de la presente solicitud de seguro y a cualquiera examen o tratamiento que deba hacerme en el futuro. Autorizo a la mencionada compañía a solicitar información a cualquier profesional de salud, prestador de salud, aseguradoras, compañías que financian servicios de salud de medicina prepagada, compañías de asistencia médica etc. públicas o privadas, nacionales y/o extranjeras . En virtud de la presente autorización declaro que prestaré las facilidades del caso en caso de suscitarse algún problema en la obtención de la información.

En señal de aceptación luego de haber analizado a fondo y comprendido el texto de la presente solicitud de afiliación y las declaraciones realizadas bajo juramento, lo procedo a firmar de forma libre y voluntaria.

Recuerda:

Debes declarar todas tus enfermedades. Es importante que conozcas que las enfermedades preexistentes no declaradas, no tendrán cobertura.

Firma del titular

Firma del ejecutivo

PARA USO EXCLUSIVO DE PLAN VITAL VITALPLAN S.A.

Toda la información que se encuentra en este documento es previa a la emisión del Contrato, por lo cual debe ser Fidedigna y Real.

Fecha de recepción:

No. de contrato: _____