

**SOLICITANTE**

NOMBRE O RAZON SOCIAL					CEDULA O RUC				
FECHA DE NACIMIENTO	D	M	A	SEXO	M	F	ESTADO CIVIL	TELEFONO	TELF. CONYUGE
DIRECCION DOMICILIARIA							CIUDAD		
EMPRESA				OCUPACION					
DIRECCION DE EMPRESA				CIUDAD			TELEFONO		
EMAIL									

**DATOS DEL PLAN**

PLAN	AMBULATORIO	COPAGO AMBULATORIO (%)	30	DEDUCIBLE AMBULATORIO (\$)	\$ 60.00	CUOTA MENSUAL (\$)	
IMITE POR PERSONA		\$ 2.000,00	TIPO DEDUCIBLE	ANUAL POR PERSONA	AMBITO DE LA COBERTURA		LOCAL

**AFILIADOS PROPUESTOS**

	NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	CEDULA DE IDENTIDAD	SEXO		ESTATURA	PESO	PARENTESCO	OCUPACION
						M	F				
TITULAR				D M A							
CONYUGE				D M A							
1				D M A							
2				D M A							
3				D M A							
4				D M A							

**DECLARACIONES DE SALUD**

Alguna persona solicitando cobertura ha padecido, ha sido diagnosticada, tratada, medicada, referida para una consulta o ha recibido tratamiento (por favor marcar cada condición)	SI	NO	Si su respuesta es afirmativa, por favor detallar sus diagnósticos, fechas, duración, médicos e instalación médica y cualquier otro dato significativo.
<i>Problemas del corazón o del sistema circulatorio, dolores de pecho, presión sanguínea alta, angina de pecho, dificultad para respirar, fiebre reumática, defecto cardiaco, enfermedad de las venas, arterias u otro (s) ?</i>			
<i>Enfermedades pulmonares, asma, bronquitis, tos crónica, dolor de garganta, tuberculosis u otra (s) ?</i>			
<i>Trastornos estomacales, intestinales, del hígado, bazo, vesículas pancreas, úlceras, colitis, hemorroides, ictericia u otro (s) ?</i>			
<i>Desórdenes de los riñones, de las vías urinarias, albúmina o sangre en la orina; trastornos de la vejiga u otro (s)</i>			
<i>Trastornos músculo esqueléticos o dolores de espalda, reumatismo, artritis, gota, lumbago, osteoporosis, amputación, deformación u otro (s)</i>			
<i>Cáncer abscesos, tumores, desórdenes sanguíneos tales como anemia, leucemia u otro (s) ?</i>			
<i>Otitis, desviación del tabique nasal, sinusitis u otro (s)</i>			
<i>Trastornos endocrinológicos de la glándula tiroidea, bocio, diabetes, azúcar en la sangre, colesterol / triglicéridos altos, u otro (s) ?</i>			
<i>Trastornos menstruales o de las mamas, ovarios, útero, trompas de Falopio, cérvix, vagina u otro (s) ?</i>			
<i>Enfermedades transmitidas sexualmente o el Síndrome de Inmuno deficiencia adquirida (SIDA) o enfermedades relacionadas.</i>			
<i>Enfermedades o desórdenes de los órganos reproductores (hombre o mujer) inflamación de la pelvis, próstata, cesárea o abortos. Enfermedades mentales o trastornos nerviosos ?</i>			
<i>Trastornos de la visión o el oído?</i>			
<i>Convulsiones, epilepsia, ataques, parálisis, trastornos neurológicos de cualquier tipo u otro (s) ?</i>			
<i>Algún aplicante padece a alguna alergia?</i>			
<i>Infecciones como malaria, difteria, escarlatina, u otra (s)</i>			
<i>Ha sido sometido a exámenes de salud o chequeos rutinarios? Ha tenido alguna anomalía?</i>			
<i>Ha sido paciente de un hospital, clínica, sanatorio o se encuentra en estado de gestación ?</i>			
<i>Algunos de los aplicantes se le ha recomendado someterse a una intervención quirúrgica que esta pendiente?</i>			
<i>Algún aplicante esta tomando medicamentos prescritos, se encuentra bajo tratamiento o se le ha aconsejado tratamiento a futuro?</i>			
<i>Ha fumado o esta actualmente fumando algún producto derivado al tabaco ?</i>			
<i>Alguna vez ha recibido tratamiento de algún tipo por alguna condición no mencionada anteriormente ?</i>			
<i>Esta actualmente cubierto por otra compañía de seguros ?</i>			
<i>Alguna persona propuesta para asegurarse en esta solicitud tiene la intención de reemplazar o cambiar su seguro?</i>			
<i>Declare enfermedades preexistentes y otras enfermedades que conozca</i>			

**CERTIFICACION**

EL PROPUESTO AFILIADO POR MEDIO DE LA PRESENTE CERTIFICA que cada respuesta y declaración que se encuentre aquí contenida, o que haya sido sometida por escrito junto con esta solicitud, es cierta, completa y correcta en todo aspecto y no se ha omitido ninguna información que a criterio de la Compañía invalide la presente solicitud. RECONOCE Y CONCUERDA QUE: (1) tales respuestas o declaraciones fueron hechas para inducir la emisión de un contrato por la compañía; (2) cualquier respuesta o declaración que no sea verdadera, completa, correcta o que sea engañosa, a opción de la Compañía, puede invalidar la solicitud; (3) las obligaciones de la Compañía estarán limitadas solo a instrumentos por escrito que sean firmados por su Representante Legal y, ninguna promesa o declaración hecha hacia o por vendedor u otra persona comprometerá o constituirá obligación de la Compañía; (4) la aceptación de cualquier contrato emitido constituye aceptación y ratificación de todas estipulaciones de la misma, incluyendo, sin limitación cualquier cambio anotado por la Compañía en las condiciones especiales del contrato; (5) aún cuando el pago completo de la cuota inicial sea recibido por la Compañía junto con esta solicitud, no existe ningún contrato de prestación servicios de salud y medicina prepagada o cobertura hasta que el contrato sea entregado al propuesto afiliado, (6) si el pago completo de la cuota inicial es recibido por la Compañía junto con esta solicitud, y la misma no es aceptada, responsabilidad de la Compañía se limita a realizar la devolución del valor receptado.

SOLICITANTE

 AFILIADO TITULAR  
C.I.:

 ASESOR CÓDIGO  
C.I.:

CIUDAD Y FECHA

## Datos del Afiliado

Contratante \_\_\_\_\_ Contrato No. \_\_\_\_\_  
Titular \_\_\_\_\_ ID. \_\_\_\_\_  
Paciente \_\_\_\_\_ Certificado No. \_\_\_\_\_  
Parentesco \_\_\_\_\_ Sexo M F Edad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

## Detalle de la incapacidad

Enfermedad \_\_\_\_\_ Datos del médico tratante \_\_\_\_\_ Cuando empezo DD/MM/AAAA: \_\_\_\_\_

¿Ha sido hospitalizado anteriormente por esta dolencia? Sí No ¿Cuándo? DD/MM/AAAA:

Descripción en caso de accidente. (Por favor incluya lugar y fechas)

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a los médicos y clínicas para que suministren a Latina Salud CIA de Medicina Prepagada S.A., cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

## Detalle de documentos

	Cant. Soportes	Valor	Atención	Ambulatoria	Hospitalaria
Consulta externa					
Laboratorio clínico					
Imágenes					
Medicinas					
Procedimientos ambulatorios					
Hospitalización y cirugía					

*Al reclamo se deben adjuntar facturas ORIGINALES de honorarios médicos, laboratorios y centros de imagen, farmacia, pedido de exámenes y copias de los resultados y receta medica. En caso de ser un gasto hospitalario se adjuntarán facturas de hospital o clínica con todos los soportes de los gastos desglosados, factura de honorarios médicos, historia clínica, record operatorio, resultados de exámenes de laboratorio e imagen. Las facturas deben estar a nombre del titular o cónyuge, no se aceptarán facturas a nombre de consumidor final.*

Valor total

## Para ser llenado por el médico tratante

Paciente \_\_\_\_\_ Sexo M F Edad \_\_\_\_\_

Diagnóstico Actual

Favor indicar tratamiento u operación

Favor indicar exámenes de laboratorio, rayos X y ayudas diagnosticas

Codigo de procedimiento

Observaciones

Firma y sello médico

Firma del afiliado titular

Lugar y fecha

**DOCUMENTOS DE SOPORTE**  
(Reclamos)

**CONSULTA EXTERNA**

Factura firmada y sellada por el médico

**EXAMENES DE LABORATORIO**

Factura

Orden de exámenes firmada y sellada por el médico tratante.

Detalle de los exámenes facturados con sus respectivos valores.

Copia de los resultados

**IMÁGENES AMBULATORIAS**

Factura

Orden de exámenes firmada y sellada por el médico tratante.

Detalle de los exámenes facturados con sus respectivos valores.

Copia de los informes. (En casos de desviación septal se deberá adjuntar las placas de rayos x, TAC, RMN)

**MEDICINAS AMBULATORIAS**

Factura

Receta médica firmada y sellada por el médico tratante.

**PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS**

Factura

Orden de procedimiento firmada y sellada por el médico tratante.

Copia de informes en caso de que aplique

**ATENCIONES POR EMERGENCIA**

Factura

Reporte de la atención en emergencia

Copia de resultados e informes en caso de que aplique

**HOSPITALIZACIONES Y CIRUGIA**

Factura

Detalle de gastos por cada rubro facturado

Historia clínica

Anamnesis

Record Operatorio

Evoluciones clínicas

Record de anestesia

Copia de resultados de exámenes e imágenes.

Detalle de medicinas con sus respectivos valores

Todos los documentos que constituyen la orden de un servicio debe ser original y deberá constar los nombres del paciente y la fecha en que se solicita los mismos.

En caso de que la factura se haga por valores totales, se deberá adjuntar detalle de los valores desglosados.

El Formulario de reclamación deberá adjuntarse a todos los reclamos que sean presentados y deberá estar debidamente diligenciado.

En los casos de medicación continua la receta será válida por seis meses.

Las facturas deberán cumplir con los requisitos del SRI.

Guayaquil, \_\_\_\_\_

Señores:

**LATINA SALUD S.A.**

Ciudad.

**Referencia: Solicitud de Forma de Pago**

Solicito muy cordialmente, las órdenes de pago emitidas a mi nombre por concepto de reembolso de gastos médicos sean pagadas por medio de transferencia bancaria a la cuenta que detallo a continuación:

Banco: \_\_\_\_\_

Titular de la Cuenta: \_\_\_\_\_

Tipo de Cuenta: \_\_\_\_\_

Número de Cuenta: \_\_\_\_\_

Cédula o RUC: \_\_\_\_\_

Correo de notificación: \_\_\_\_\_

Atentamente,

Sra./Sr. \_\_\_\_\_

C.I. \_\_\_\_\_

\*Adjunto Certificado bancario y copia de cédula.