



Declaración de salud para todos los clientes

1. ¿Ha sufrido enfermedades o accidentes que hayan requerido cirugía u hospitalización en los últimos 5 años? Si es así, descríbalos a continuación

☐ Si ☐ No

Detalle Diagnóstico:

Fecha de Diagnóstico:

- ☐ Menor a 1 año
☐ De 1 a 3 años
☐ Mayor a 3 años

2. ¿Usted padece alguna enfermedad, patología o condición de salud que sea conocida por usted o que haya sido diagnosticada con anterioridad a la suscripción del presente Contrato; o ¿Se encuentra recibiendo algún tipo de tratamiento que incluya o no toma

☐ Si ☐ No

Detalle Diagnóstico:

Fecha de Diagnóstico:

- ☐ Menor a 1 año
☐ De 1 a 3 años
☐ Mayor a 3 años

3. ¿Usted sufre de enfermedades crónicas, catastróficas o agudas tales como diabetes, hipertensión, cáncer, enfermedades de transmisión sexual u otra enfermedad que haya aparecido con anterioridad a la suscripción de certificado de cobertura?; o, ¿Ha sido diagnosticado con cualquier tipo de quistes, tumores, o hiperplasias?

☐ Si ☐ No

Detalle Diagnóstico:

Fecha de Diagnóstico:

- ☐ Menor a 1 año
☐ De 1 a 3 años
☐ Mayor a 3 años



4. ¿Su médico tratante le ha recomendado o ha solicitado la necesidad de realizar algún tipo de tratamiento, examen o intervención quirúrgica; o mantiene pendiente alguna cirugía con su seguro social y/o privado? Si es así, describalo a continuación

☐ Si ☐ No

Detalle Diagnóstico:

Fecha de Diagnóstico:

- ☐ Menor a 1 año
☐ De 1 a 3 años
☐ Mayor a 3 años

5. ¿Actualmente está tomando algún tipo medicación convencional o natural?

☐ Si ☐ No

Medicinas:

Frecuencia:

Ciudad

Fecha

Firma afiliado

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 solicitud de reembolso. La finalidad de los mismos está relacionada a que BLUECARD ECUADOR S.A.S. realice la revisión y valide el valor que solicito por reembolso. 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: protecciondedatos@bluecard.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, BLUECARD ECUADOR S.A. podrá reservar mi información por el tiempo de 5 años adicionales, para efectos de reclamos administrativos o auditorías de los entes de control.