



BLUECARD
tu tranquilidad es primero

Compañía de Salud
Prepagada del Ecuador

DATOS PARA EMISION DEL CONTRATO

Ciudad _____ Fecha: Día Mes Año

1. Datos para la emisión de contrato:

Nombres y Apellidos: _____
C.I.: _____ Fecha de Nacimiento: _____
País y dirección de domicilio: _____
Teléfono domicilio: _____ Número de Celular: _____
Mail: _____
Persona en Caso de Emergencia: _____
Teléfono del Contacto en Caso de emergencia: _____
Producto Elegido: _____
Fecha de Salida: _____ Fecha de Retorno: _____ País de destino: _____

2. Datos de facturación:

Nombre y Apellido o Razón Social: _____
Documento Cédula o Ruc: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Mail: _____