



Fecha de Solicitud: dd/mm/aaaa

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	Edad	Parentesco	Género
			dd/mm/aaaa		<b>TITULAR</b>	
			dd/mm/aaaa			
			dd/mm/aaaa			
			dd/mm/aaaa			
			dd/mm/aaaa			

### 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: dd/mm/aaaa

### 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.

\_\_\_\_\_  
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: dd / mm / a a a a

No. de contrato: \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DE SALUD

Bienvenidos a Plan Vital Vitalplan S.A.

A continuación le presentamos el siguiente formulario que contiene un breve cuestionario. Debe individualizar a cada uno de los dependientes que desee incorporar al contrato y deberá aclarar si padeció de alguna de las siguientes enfermedades:

ENFERMEDADES	SI	NOMBRES	APELLIDOS	OBSERVACIÓN
Diabetes Mellitus Tipo I o II				
Hipertensión Arterial				
Insuficiencia Coronaria, Renal o Pulmonar				
VIH / SIDA				
Infarto Cardíaco, Cerebral, Aneurismas, Hemorragia Cerebral				
Cáncer Pre existente				
Enfermedades Alérgicas				
COVID-19				
Otras				

Si la compañía lo requiere, se solicitará más adelante resultados de exámenes, imágenes y/o informe del médico tratante de ser necesario, por lo que autorizo a Plan Vital Vitalplan S.A. a solicitar a cualquier médico, practicante de medicina, hospital, clínica u otra entidad médica relacionada con la medicina, compañía de seguros, empresa de medicina prepagada u otra organización, institución, o persona que tenga historial clínico médico o conocimientos míos y/o de mi salud, a proporcionar dicha información.

Acepto que Plan Vital Vitalplan S.A. a través de su departamento de Auditoría Médica analice y audite los diagnósticos que se presenten durante la vigencia de este contrato acorde a la bibliografía (guías de prácticas clínicas nacionales e internacionales, estudios, ensayos o análisis clínicos, entre otras herramientas médico científicas) y a las condiciones estipuladas en el mismo para determinar condiciones pre existentes.

Si con posterioridad a la declaración de esta suscripción se establece que estas son total o parcialmente falsas, erróneas o incompletas, el contrato de prestación de servicios de salud y medicina prepagada suscrito, se resolverá de pleno derecho sin perjuicio de que además Plan Vital Vitalplan S.A. inicie acciones legales correspondientes.

\_\_\_\_\_  
C.I.: TITULAR

FECHA: dd / mm / aaaa

### RESOLUCIÓN DE AUDITORÍA MÉDICA

Aceptado sin restricción

Aceptado con restricción

Rechazado

Observación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
AUDITORÍA MÉDICA

FECHA: dd / mm / aaaa

## AUTORIZACIÓN DE DÉBITO

Ciudad: \_\_\_\_\_

Fecha: dd/mm/aaaa

Señor: \_\_\_\_\_

BANCO: \_\_\_\_\_

Presente

De mis consideraciones:

Yo, \_\_\_\_\_ por medio del presente, solicito a usted ordenar a quien

corresponda se debite de mí: Cuenta Corriente:  Cuenta de Ahorros:

Tarjeta de Crédito:          Fecha de caducidad: 

Mes	Año
-----	-----

Número de cuenta o tarjeta: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

El valor de \_\_\_\_\_USD que corresponde a la cuota mensual y de renovación provenientes del Contrato de Prestación de Servicios de Salud y Medicina Prepagada, suscrito con la compañía PLAN VITAL VITALPLAN S.A.

Declaro que conozco que los cargos pueden aumentarse en las renovaciones del contrato en virtud de las Notas Técnicas aplicables al plan contratado, por tal motivo autorizo a PLAN VITAL VITALPLAN S.A. a realizar débitos por un valor mayor cuando la cuota mensual incrementare su costo.

En caso de que se suscite controversia alguna respecto a la interpretación y/o ejecución de la presente autorización de débito, me someto a la cláusula de resolución de conflictos detallada dentro del Contrato de Prestación de Servicios de Salud y Medicina Prepagada que suscribí con PLAN VITAL VITALPLAN S.A.

Eximo a la Institución Financiera de cualquier reclamo por la incorrecta aplicación y/o interpretación de la presente autorización de débito.

La presente autorización de débito será válida incluso después de la terminación del Contrato de Prestación de Servicios de Salud y Medicina Prepagada en caso de que mantenga deudas con la compañía PLAN VITAL VITALPLAN S.A. Para determinar el monto adeudado, PLAN VITAL VITALPLAN S.A. notificará a la Institución Financiera mediante cualquier medio registrable (verbal, escrito, electrónico, etc.).

Declaro bajo juramento que los fondos que me permiten pagar la presente cuota de afiliación tienen y tendrán origen y objeto lícito, que no provienen ni provendrán de actividades relacionadas o vinculadas con el tráfico, comercialización o producción ilícita y sustancias estupefacientes o psicotrópicas, eximiendo a PLAN VITAL VITALPLAN S.A. y a la Institución Financiera de toda responsabilidad.

Me comprometo en tal razón de mantener el valor correspondiente para tal fin y, en el caso de la tarjeta de crédito, a mantenerme al día en los pagos.

Por su positiva atención, me suscribo.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

C.C. / RUC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PARA USO EXCLUSIVO DE PLAN VITAL VITALPLAN S.A.

Titular: \_\_\_\_\_

No. Contrato: \_\_\_\_\_