

# SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES



BUPA ECUADOR

Esta solicitud debe ser completada por nuevos asegurados o asegurados existentes de Bupa Global.

## PÓLIZA NUEVA DEPENDIENTE ADICIONAL CAMBIO

PÓLIZA NUEVA  DEPENDIENTE ADICIONAL  CAMBIO

Detalles de póliza existente

Nombres y Apellidos del Asegurado Titular

## PLAN Y OPCIONES DE DEDUCIBLES

Para obtener el detalle de la cobertura del plan que ha elegido, consulte las Condiciones Generales y las Tablas de Beneficios correspondientes.

<input type="checkbox"/> GLOBAL CARE MAX 7M	<input type="checkbox"/> GLOBAL CARE PLUS 5M	<input type="checkbox"/> GLOBAL CARE ESENCIA 2M
<input type="checkbox"/> Plan 1: 1000/2000 <input type="checkbox"/> Plan 2: 5000/5000 <input type="checkbox"/> Plan 3: 10000/10000	<input type="checkbox"/> Plan 1: 1000/2000 <input type="checkbox"/> Plan 2: 5000/5000 <input type="checkbox"/> Plan 3: 10000/10000 <input type="checkbox"/> Plan 4: 20000/20000	<input type="checkbox"/> Plan 1: 1000/2000 <input type="checkbox"/> Plan 2: 5000/5000 <input type="checkbox"/> Plan 3: 10000/10000 <input type="checkbox"/> Plan 4: 20000/20000

## COBERTURAS OPCIONALES

Cobertura Dental  Cobertura Aparatos Auditivos y de Visión

La cobertura iniciará en la fecha de vigencia que se especifique en su póliza.

Fecha solicitada de cobertura

## INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DATOS PERSONALES (Completar sólo si es diferente a la información del contratante).

Llenar si el Contratante y el Asegurado Titular es el mismo. La cobertura iniciará en la fecha de vigencia que se especifique en el Certificado de Cobertura en caso de aprobarse la póliza.

Nombres

Apellidos

Nacionalidad

Fecha de nacimiento

Documento de identificación:  Cédula de Identidad  Pasaporte

Número

País de nacimiento

País de residencia

Estado civil

Sexo:  Masculino  Femenino

Peso:  Lbs  Kg

Estatura (Mts)

Dirección

Ciudad

Provincia

País

Correo electrónico

Teléfono de residencia

Teléfono móvil

Status de residencia y ciudadanía: ¿Usted (Asegurado Titular) o alguno de sus Dependientes es ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos de América (EE.UU.)?  Sí  No

¿Usted (Asegurado Titular) o alguno de sus Dependientes reside actualmente o ha residido en los EE. UU. por más de seis (6) meses en el periodo de un año?  Sí  No

¿Viven todos los dependientes en la misma dirección indicada arriba?  Sí  No

Si respondió "No", explique:

## INTEGRANTES ADICIONALES EN LA PÓLIZA

Nombres			
Apellidos			
Nacionalidad		Fecha de nacimiento	
Documento de identificación: <input type="checkbox"/> Cédula de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte		Número	
País de nacimiento		País de residencia	
Relación con el AT		Correo electrónico	
Estado civil		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Peso: <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> Kg
			Estatura (Mts)

Nombres			
Apellidos			
Nacionalidad		Fecha de nacimiento	
Documento de identificación: <input type="checkbox"/> Cédula de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte		Número	
País de nacimiento		País de residencia	
Relación con el AT		Correo electrónico	
Estado civil		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Peso: <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> Kg
			Estatura (Mts)

Nombres			
Apellidos			
Nacionalidad		Fecha de nacimiento	
Documento de identificación: <input type="checkbox"/> Cédula de Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte		Número	
País de nacimiento		País de residencia	
Relación con el AT		Correo electrónico	
Estado civil		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Peso: <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> Kg
			Estatura (Mts)

Indique en Profesión u ocupación si el dependiente es estudiante.

Si esta adición es de un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿Nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada?  Sí  No  
Por favor detalle el o los dependientes


Alguno de los dependientes vive en una dirección diferente a la del asegurado titular?  Sí  No  
Si respondió "Sí", detalle el o los dependientes y explique el motivo:


Marque aquí si desea agregar a más personas

## CUESTIONARIO MÉDICO

Esta sección debe ser completada con la información médica de todos los integrantes de la póliza, considerando todos los antecedentes actuales y pasados. Por favor asegúrese de declarar cualquier condición que padezca. Las condiciones médicas referidas son ejemplos de enfermedades o condiciones agrupadas de acuerdo al aparato o sistema, pero no limitan o excluyen otras relacionadas. Si ya es asegurado de Bupa Global y desea cambiar su plan, usted también debe incluir detalles sobre las condiciones de salud. Esta información se enviará a nuestro equipo de suscripción que evaluará los términos de su plan. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.

### SECCIÓN 1

Contestación afirmativa en cualquier de las siguientes deberá pasar a la siguiente sección

1 ¿Padece o ha padecido enfermedad o accidente en los últimos 5 años?  
Responda si, si tiene una enfermedad, incluso si no ha sido hospitalizado o ingresado  Sí  No

Nombre del(los) solicitante(s)

2 ¿Está o ha estado ingresado, o intervenido en algún centro hospitalario? Responda si, si ha sido admitido u operado en algún hospital o centro médico por algún motivo.  Sí  No

Nombre del(los) solicitante(s)

3 ¿Se encuentra actualmente bajo algún tratamiento prescrito por un médico?  
Responda si, si toma algún medicamento recetado por un médico.  Sí  No

Nombre del(los) solicitante(s)

4 ¿Tiene algún síntoma o dolor persistente o reiterado, no diagnosticado? Responda si, si recientemente ha tenido algún síntoma o dolor que no ha sido estudiado o diagnosticado.  Sí  No

Nombre del(los) solicitante(s)

5 ¿Está embarazada o ha estado embarazada alguna vez?  Sí  No

Si respondió "Si", ¿Tiene o ha tenido usted alguna complicación relacionada a su(s) embarazo(s) (abortos/embarazos ectópico/eclampsia/preeclamsia)? Si su respuesta es afirmativa, complete la sección de información adicional.

Nombre del(los) solicitante(s)

Hábitos: El solicitante (Asegurado Titular/Dependientes) fuma cigarrillos o consume productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Si o no. si respondió "si", explique Quien, Tipo, cantidad/ día.  Sí  No

Quién	Tipo	Frecuencia
Quién	Tipo	Frecuencia
Quién	Tipo	Frecuencia

### SECCIÓN 2

1 Enfermedades de Corazón o Sistema Circulatorio (por ejemplo, hipertensión arterial, angina/ dolor de pecho, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, latidos cardíacos anormales, aneurismas, varices, entre otros).  Sí  No

Nombre del(los) solicitante(s)

2 Trastornos en Sistema Endocrino (por ejemplo, diabetes tipo 1 o tipo 2 o problemas de tiroides, entre otros).  Sí  No

Nombre del(los) solicitante(s)

3 Trastornos en Sistema Respiratorio (por ejemplo, asma, EPOC, infecciones respiratorias, neumonía o bronquitis, entre otros).  Sí  No

Nombre del(los) solicitante(s)

4 Trastornos Digestivos - esófago, estómago, intestinos, páncreas, hígado o vesícula biliar (por ejemplo, gastritis, úlcera gástrica, hemorroides, pancreatitis, hepatitis aguda, cirrosis, cálculos en vesícula, cólicos biliares o hernias, entre otros).  Sí  No

Nombre del(los) solicitante(s)

5 Dermatología - piel y anejos (por ejemplo, eczema, dermatitis, psoriasis, acné, entre otros).  Sí  No

Nombre del(los) solicitante(s)

## 5. CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

6	Sistema Neurológico (por ejemplo: Esclerosis Múltiple, ictus, epilepsia, migrañas, neuritis, hemi o paroplejia, entre otros).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
7	Sistema Musculo-esquelético (por ejemplo, artritis, dolor de espalda, desordenes de columna vertebral, alteraciones en articulaciones operadas o no, fracturas, cirugías, entre otros).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
8	Urología/ Sistema Genitourinario masculino (por ejemplo, enfermedades de vejiga, riñón o próstata, infecciones urinarias, cólicos por litiasis reno-ureteral, incontinencia, entre otros).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
9	Urología/Ginecología (enfermedades del aparato urinario y ginecológico por ejemplo infecciones urinarias, cólicos por litiasis reno-ureteral, incontinencia, quistes de ovarios, fibromas, entre otros).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
10	Hematología e inmunología -Enfermedades de la sangre o inmunológicas (por ejemplo, Lupus, anemias y autoinmunes, entre otros).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
11	Enfermedades de ojos, nariz, oídos, o garganta (por ejemplo, catarata, glaucoma, queratitis, sinusitis, entre otros).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
12	Psiquiatría y Psicología (por ejemplo: esquizofrenia, trastornos de alimentación, trastorno bipolar, autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
13	Cáncer y enfermedades linfoproliferativas - Cáncer de cualquier localización incluyendo leucemias y linfomas, condiciones precancerosas, como: lesiones cervicales, queratosis actínica, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
14	Enfermedades Congénitas - Desordenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo por ejemplo síndrome de Down, malformaciones cardiovasculares, neurológicas, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
15	Enfermedades infecciosas relevantes y/o de transmisión sexual como: Hepatitis Crónica, Tuberculosis, VIH/ Sida, Malaria, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
16	¿Alguna otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía/ hospitalización pendiente no mencionada arriba?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		

## INFORMACIÓN ADICIONAL

Complete esta sección si ha respondido en forma afirmativa a cualquier pregunta médica del 1 al 19. Por favor incluya con la mayor precisión posible cualquier detalle, aunque no esté seguro(a) de su importancia.

- Describa la enfermedad o problema médico, indicando la zona del cuerpo afectada (por ejemplo, la pierna derecha, el ojo izquierdo).
- Describa el tipo de tratamiento (médico, quirúrgico, rehabilitación) y el resultado (en curso, completado en recuperación, recurrente, probable que se repita)
- Para farmacoterapia, incluya nombre del medicamento, fecha de inicio, cantidad y frecuencia.

Marque aquí si necesita más espacio y utilizó una hoja aparte.

## 5. CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

Nombre del solicitante					
No. de la pregunta		Enfermedad o problema médico (a)			
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					

Nombre del solicitante					
No. de la pregunta		Enfermedad o problema médico (a)			
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					

Nombre del solicitante					
No. de la pregunta		Enfermedad o problema médico (a)			
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					

Nombre del solicitante					
No. de la pregunta		Enfermedad o problema médico (a)			
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					

Nombre del solicitante					
No. de la pregunta		Enfermedad o problema médico (a)			
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					

## HISTORIAL MÉDICO

**Exámenes médicos:** ¿Ha tenido alguno de los solicitantes un examen pediátrico, ginecológico o de rutina en los últimos 5 años?  Sí  No. Si respondió "Sí", explique abajo.

Nombre		Tipo de examen		Fecha	DD/MM/AAAA
Resultado:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si es anormal, favor explique:				

**Hábitos:** ¿El Solicitante y/o Dependiente(s) fuma cigarrillos o consume productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Sí No Si respondió "Sí", explique abajo.

Nombre		Tipo	
Cuanto tiempo		Cantidad/día	

**Historial familiar:** ¿Tiene el Solicitante y/o Dependiente(s) historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? Sí No Si respondió "Sí", explique abajo.

Solicitante	Familiar con el desorden				Desorden
	Padre	Madre	Hermano	Hijo	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## MÉDICO TRATANTE

Si el Solicitante y/o cualquiera de sus Dependientes tienen un médico tratante, por favor incluya los datos.

Nombre del médico			
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante			

Nombre del médico			
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante			

Si el Solicitante y/o cualquiera de sus Dependientes tienen un médico tratante, por favor incluya los datos.

Nombre del médico			
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante			

Si el Solicitante y/o cualquiera de sus Dependientes tienen un médico tratante, por favor incluya los datos.

Nombre del médico			
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante			

Si el Solicitante y/o cualquiera de sus Dependientes tienen un médico tratante, por favor incluya los datos.

Nombre del médico			
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante			

## BENEFICIARIO CONTINGENTE

A continuación designe al Beneficiario de su Seguro, quien será la persona facultada para recibir reembolsos de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada, que se encontraran pendientes de pago por parte de la Compañía, en caso de fallecimiento del Asegurado Titular.

Nombres			
Apellidos			
Documento de identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula de Identidad (C.I.)	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número
Teléfono		Correo electrónico	
Vínculo del Beneficiario con el Asegurado Titular			

## INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

Si el Solicitante y/o Dependiente(s) cuentan actualmente con cobertura de gastos médicos mayores con otra compañía y mantendrán dicha cobertura, por favor marque aquí  y complete la siguiente información:

Nombre de la compañía			
Número de póliza			
Fecha de renovación	DD/MM/AAAA	Valor del deducible	

¿Ha sido alguna solicitud de seguro de salud o de vida de otra compañía rechazada, aceptada sujeta a restricciones o a una prima mayor que las tarifas estándar en otra compañía para cualquiera de los solicitantes?  Sí  No

Si respondió "SI", por favor explicar

--	--	--	--

## INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE (DILIGENCIE SOLO LA SECCIÓN QUE CORRESPONDA)

### PERSONA FÍSICA

Llenar si el Contratante y el Asegurado Titular es el mismo. La cobertura iniciará en la fecha de vigencia que se especifique en el Certificado de Cobertura en caso de aprobarse la póliza.

Nombres			
Apellidos			
Nacionalidad		Fecha de nacimiento	
Documento de identificación:	<input type="checkbox"/> Cédula de Identidad	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número
País de nacimiento		País de residencia	
Dirección			
Ciudad		Provincia	País
Correo electrónico			
Teléfono de residencia		Teléfono móvil	

### PERSONA JURÍDICA

Razón social		RUC	
Dirección			
Ciudad		Provincia	País
Correo electrónico		Teléfono	

### DETALLES SOBRE EL PAGO

MODALIDAD DE LA PÓLIZA:  ANUAL  SEMESTRAL  TRIMESTRAL  MENSUAL

### MÉTODOS DE PAGO

- CHEQUE (A nombre de Bupa Ecuador)
- TARJETA DE CRÉDITO (Adjuntar formulario o realizar pago en el portal)
- TRANSFERENCIA BANCARIA:

Prima Total (Valor total de la cotización)	
Primer pago	
Pagos subsiguientes	

**Responsable del tratamiento.** BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante “La Compañía”), Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Edif. San Salvador, Pisos 3 y 4, Quito, Ecuador, tratará los datos personales, incluidos datos personales de salud del Asegurado Titular y Asegurados Dependientes (en adelante “El Titular o Los Titulares”), en calidad de responsable del tratamiento.

**Finalidades principales y legitimación.** Los datos personales del Asegurado Titular y Asegurados Dependientes, incluyendo sus datos de salud (los “Datos Personales”), se tratarán con las finalidades que aparecen detalladas en nuestro Aviso de Privacidad (ver Información Adicional). De manera general, dichas finalidades principales, comprenden: formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro, con base en la necesidad del tratamiento para la ejecución del contrato de seguro y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria; determinación y formalización de la cobertura; evaluación y análisis de riesgos; prestación de nuestros servicios ofertados y contratados; para el envío de información que puede resultar de su interés; así como para el cumplimiento de nuestras obligaciones legales; elaboración de perfiles necesaria para la personalización de los servicios; en su caso, para el envío de comunicaciones comerciales.

**Destinatarios.** La Compañía únicamente compartirá los Datos Personales de los titulares si existe un fundamento jurídico para ello o en todos aquellos casos en que el Titular otorgue su consentimiento. Entre estos destinatarios, se encuentran: Empresas del Grupo y terceras empresas colaboradoras, además de entidades del sector público competentes y autoridades de control que tengan la facultad de solicitar información sobre sus Datos Personales y otros cuando así lo requiera la legislación vigente. Algunos de dichos terceros se encuentran en países situados fuera del territorio ecuatoriano, en cuyo caso La Compañía ha adoptado las garantías apropiadas para llevar a cabo la transferencia de datos.

**Procedencia.** Los Datos Personales proceden de los Titulares, se generan como consecuencia de la prestación del servicio y proceden de corredores, agentes de seguros o terceros colaboradores.

**Derechos.** El Titular podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, actualización, eliminación de datos personales, suspensión u oposición al tratamiento y portabilidad, así como revocar su consentimiento dirigiéndose a nuestro correo: [privacyoffice@bupalatinamerica.com](mailto:privacyoffice@bupalatinamerica.com).

**Información Adicional.** Puede consultar nuestra política íntegra en: <https://www.bupasalud.com.ec/ec-politica-de-privacidad>.

\*El Asegurado Titular se hace responsable de comunicar a todos los Asegurados Dependientes incluidos en la póliza la información contenida en la presente cláusula con el objetivo de que queden informados del tratamiento de sus datos personales y para que puedan ejercitar sus derechos. Asimismo, el Asegurado Titular declara actuar en su nombre y en el de los Asegurados Dependientes cuando consiente a los tratamientos descritos en la presente cláusula. Asimismo, el Asegurado Titular declara que los Asegurados Dependientes entienden y aceptan que éste haya proporcionado o proporcione sus Datos Personales a La Compañía, como que ésta facilite al Asegurado Titular la información identificativa sobre los servicios médicos de los Asegurados Dependientes cubiertos por la póliza, salvo que por parte del Asegurador Titular se libere por escrito a La Compañía de su deber legal de informarle o sea solicitado por cualquiera de los Asegurados Dependientes.

La falta de aceptación del tratamiento que se incluye a continuación no condiciona la solicitud o el contrato de seguro con La Compañía. Con la firma del presente formulario el Asegurado Titular consiente que La Compañía pueda realizar cada uno de los tratamientos señalados en el presente numeral sobre los Datos Personales de los Titulares, incluidos datos personales de salud.

Consiente la cesión de sus datos personales (inclusive de salud) al Agente de Seguros que usted haya nombrado legalmente para que sea su asesor e intermediario, para fines de servicio y cumplimiento del objeto del contrato de seguro.

Declaro que he sido informado, entiendo y consiento de manera expresa, informada, libre y voluntaria el uso de mis datos personales conforme a lo determinado en las políticas de protección de datos onales de La Compañía y lo descrito en la presente información de protección de datos.

## CONSENTIMIENTO POR CAMBIO DE PRODUCTO

Si esta solicitud es para atender un cambio de producto, entiendo que la Compañía requerirá realizar una evaluación médica. Los cambios de producto constituyen un nuevo contrato de seguro (póliza), sujeto a las condiciones de suscripción y evaluación médica correspondiente, lo cual, a criterio de La Compañía, podría implicar el restablecimiento de períodos de carencias, así como nuevas limitaciones. Declaro que al continuar con esta solicitud de seguro y firmarla, estoy de acuerdo con los términos antes mencionados.

## CONSENTIMIENTO Y DECLARACIONES

Tengo pleno conocimiento que la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa, y que mi consentimiento es completo y cabal. Cualquier falsedad en esta declaración será considerada como indicios de mala fe contractual. Declaro ser el representante legal autorizado de todas las personas que aparte de mi persona son nombradas en este formulario de solicitud y declaro además que he obtenido la autorización/consentimiento previo de todas y cada una de éstas para fines de completar y presentar este formulario de solicitud.

## DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

Concedor (a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a Bupa Ecuador S.A, en caso de emitirse la Póliza, son y provienen de actividades lícitas.

Así mismo autorizo a la Compañía a recabar mi información personal y financiera, así como la de mis dependientes que considere necesaria con el objetivo de llevar a cabo los procesos de debida diligencia en cumplimiento de la Política Conozca a su Cliente.

## VERIFICACIÓN DE TEXTO

El Asegurado Titular y/o Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

<b>Bupa Ecuador S.A.</b> Firma Autorizada	Lugar	
	Fecha	DD/MM/AAAA
<b>Asegurado Titular y/o Contratante</b> Firma	Lugar	
	Fecha	DD/MM/AAAA

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control aprobó el presente formulario con el número de registro 59327 con oficio No. SCVS-IRCVSQ-DRS-2025-00036815-O del 6 de mayo 2025.

### BUPA ECUADOR, S.A.

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador, Piso 4, Quito, Ecuador  
Tel. (593-2) 2 401-8945 / [SACEcuador@bupalatinamerica.com](mailto:SACEcuador@bupalatinamerica.com) / [www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com)