



### 5. HISTORIAL MÉDICO DE LA FAMILIA DEL TITULAR Y SU CÓNYUGUE O CONVIVIENTE

A su conocimiento y entendimiento, sabe si su padre, madre, hermanos o hermanas han sido diagnosticados o tratados por: hipertensión arterial, diabetes, cáncer, enfermedad cardíaca, renal, neurológica, mental, alergias u otras. Si la respuesta es positiva, detalle abajo con una explicación de acuerdo a lo solicitado:

**Sí**  **No**

Nombre	Parentesco	Detalle la respuesta positiva (diagnóstico)	Vive		Edad al fallecer	Causa del fallecimiento
			Sí	No		

### 6. HISTORIAL MÉDICO DEL SOLICITANTE TITULAR Y/O SUS DEPENDIENTES

A su conocimiento y entendimiento, ¿sabe si alguna de las personas solicitantes y/o dependientes han sufrido o sufren de alguna de las afecciones detalladas a continuación?

	Sí	No
a. Alergias		
b. Infecciones		
c. Desórdenes de la visión, del oído o audición, nasales o de la garganta		
d. Desórdenes del corazón, desórdenes circulatorios, hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, colesterol o triglicéridos elevados		
e. Asma, bronquitis u otros desórdenes pulmonares (crónicos)		
f. Convulsiones, migrañas, parálisis u otros desórdenes neurológicos		
g. Enfermedades del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis, otras enfermedades del hígado, colecistitis, otros desórdenes digestivos.		
h. Enfermedades de los riñones o del tracto urinario, cálculos.		
i. Problemas de la columna vertebral, reumatismo artritis, gota u otros desórdenes musculares articulares o de los huesos.		
j. Cáncer o tumores benignos.		
k. Anemia, leucemia/linfoma u otros desórdenes de la sangre.		
l. Diabetes, desórdenes de la glándula tiroides u otros desórdenes endócrinos / hormonales.		
m. Desórdenes de la próstata.		
n. Desórdenes de las mamas, los ovarios, el útero u otros desórdenes ginecológicos.		
o. Desórdenes de la piel.		
p. Desórdenes congénitos o hereditarios.		
q. Enfermedades de transmisión sexual.		
r. Se encuentra embarazada.		
s. ¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente?		
t. ¿Cualquier otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía, o tiene alguna cirugía, hospitalización o tratamiento pendiente que no se haya mencionado en las preguntas anteriores?		

Si respondió positivamente a alguna de las preguntas anteriores, por favor a continuación detalle lo siguiente: Literal, paciente, diagnóstico, desde cuándo, hasta cuándo, nombres y direcciones de clínicas y médicos que los atendieron o atienden.

Si respondió positivamente a la pregunta del literal "s", por favor a continuación detalle lo siguiente: Paciente, nombre del medicamento, causa, dosis, frecuencia, desde y hasta cuándo.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Conozco y acepto que:

Las enfermedades y/o condiciones médicas preexistentes debidamente declaradas, recibirán cobertura de acuerdo a la "Ley Orgánica que regula a las compañías que financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a las de Seguros que oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica", vigente. La no declaración de enfermedades y/o condiciones médicas preexistentes, llevará a la cancelación del contrato, de acuerdo al Registro Oficial #863, artículo 38, numeral 3.

### 7. HÁBITOS DEL PROPUESTO AFILIADO

a. Fuera de lo recetado por un médico, alguna vez, alguno de los solicitantes ha consumido cigarrillos o algún producto que contenga nicotina?

Cantidad \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

b. Alguno de los solicitantes y/o dependientes ha tenido o tiene adicciones a drogas, alcohol u otro?

Cantidad \_\_\_\_\_ Frecuencia \_\_\_\_\_

### 8. MÉDICOS TRATANTES O DE CABECERA DE LOS SOLICITANTES Y/O SUS DEPENDIENTES

Solicitante	Nombre del Médico	Causa y fecha de la última visita	Especialidad	Teléfonos

### 9. PLAN SOLICITADO Y DEDUCIBLES

Nombre del plan: \_\_\_\_\_ Deducible seleccionado: \_\_\_\_\_

Frecuencia de pago de cuotas:    mensual     trimestral     semestral     anual

### 10. BENEFICIOS OPCIONALES

---



---



---



---



---



---

### 11. BENEFICIARIOS DE LOS BENEFICIOS OPCIONALES

#### BENEFICIARIOS DEL TITULAR:

Nombres y Apellidos	Parentesco	%	N° de Cédula
1.			
2.			
<b>CONTINGENTES:</b>			
3.			
4.			

### 12. OTROS PLANES SEGUROS O MEDICINA PREPAGADA DE TODOS LOS SOLICITANTES QUE HAYAN ESTADO O ESTÉN VIGENTES INCLUYE IESS

Compañía	Asegurado	Vida	Salud	Monto asegurado

Reemplazará este contrato a uno de los de arriba declarados

Sí     No

Si es positivo a cuál: \_\_\_\_\_

### 13. CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Con este documento certifico que he leído esta solicitud, que la he llenado conscientemente y que toda la información escrita en esta solicitud es veraz, y que quienes van a ser protegidos por el servicio que se solicita no tienen antecedentes ni problemas de salud, más allá de lo informado.

Me comprometo a notificar a la Compañía si se presenta algún cambio de estado de salud de alguno de los beneficiarios incluidos en esta solicitud, durante su proceso de evaluación.

Acepto que la aprobación del contrato por parte de la Compañía se basa en la exactitud de las respuestas a la información que ésta contiene. Acepto que cualquier información solicitada que no haya sido revelada o sea inexacta, le da derecho a la Compañía a modificar la cobertura o incluso de anular o cancelar la cobertura para uno o para todos los beneficiarios.

Autorizo a la Compañía a solicitar cualquier Clínica, Hospital, Centro Médico o Médico Tratante la información que considere necesaria sobre nuestro estado de salud en cualquier momento.

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

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

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

#### Importante:

Por seguridad no recibimos dinero en efectivo, los pagos son únicamente con débitos recurrentes en cuenta bancaria, tarjeta de crédito o transferencias a nombre de Asisken Asistencia Médica S.A.

Si durante el proceso de evaluación y emisión, la compañía detectare reticencia de información, falsa declaración u omisión de enfermedad o condición médica alguna, la compañía está en libertad de terminar el proceso de emisión de la presente solicitud de afiliación, notificando por escrito al titular.

### 14. REPORTE DEL AGENTE O BROKER DE SEGUROS

1. ¿Cuánto tiempo conoce al solicitante? \_\_\_\_\_

2. ¿Quién inició el trámite? El agente  El solicitante

3. ¿Sabe algo sobre la salud o pasatiempos del afiliado o algún solicitante de este contrato? Sí  No

Si la respuesta fue positiva detalle lo mejor posible: \_\_\_\_\_

4. ¿Vio personalmente al solicitante titular? Sí  No

5. ¿Tiene algún parentesco con el solicitante? Sí  No

6. Nombre del Broker de seguros/ Supervisor: \_\_\_\_\_

7. Nombre del Agente de seguros / Asesor Comercial: \_\_\_\_\_ 8. Código: \_\_\_\_\_

9. Observaciones del Broker / Agente / Supervisor / Asesor Comercial: \_\_\_\_\_

### 15. REQUISITOS ADJUNTOS EN ESTA SOLICITUD

	Sí	No
1. Cotización firmada en calidad de aceptación. _____		
2. Copia de cédula de identidad actualizada del titular y dependientes. _____		
3. Medio de pago Cuota 1. _____ Medio de pago demás cuotas. _____		
4. Otros documentos. _____		
5. Recepción Auditoría Médica (Fecha y hora). _____		
6. Recepción Emisiones (Fecha y hora). _____		
7. Observaciones: _____ _____ _____		