Nombres y Apellidos del afiliado:..... Teléfono: .....

Documento de identidad: ..... Sexo: **M** ☐ **F** ☐ Fecha de nacimiento:.....

MARCAR CON UNA X SU RESPUESTA:

1.- ANTECEDENTES DE CIRUGÍA		2.- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS		3.- ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD		4.- ANTECEDENTES DE ACCIDENTES PERSONALES, INCAPACIDAD Y/O SECUELAS		5.- ACTUALMENTE TOMA MEDICACIÓN CONTINUA	
SI	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*

DETALLE EN CASO DE MARCAR SI: .....

.....

.....

.....

Nombres y Apellidos del afiliado:..... Teléfono: .....

Documento de identidad: ..... Sexo: **M** ☐ **F** ☐ Fecha de nacimiento:.....

MARCAR CON UNA X SU RESPUESTA:

1.- ANTECEDENTES DE CIRUGÍA		2.- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS		3.- ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD		4.- ANTECEDENTES DE ACCIDENTES PERSONALES, INCAPACIDAD Y/O SECUELAS		5.- ACTUALMENTE TOMA MEDICACIÓN CONTINUA	
SI	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*

DETALLE EN CASO DE MARCAR SI:.....

.....

.....

.....

Nombres y Apellidos del afiliado:..... Teléfono: .....

Documento de identidad: ..... Sexo: **M** ☐ **F** ☐ Fecha de nacimiento:.....

MARCAR CON UNA X SU RESPUESTA:

1.- ANTECEDENTES DE CIRUGÍA		2.- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS		3.- ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD		4.- ANTECEDENTES DE ACCIDENTES PERSONALES, INCAPACIDAD Y/O SECUELAS		5.- ACTUALMENTE TOMA MEDICACIÓN CONTINUA	
SI	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*

DETALLE EN CASO DE MARCAR SI: .....

.....

.....

.....

Nombres y Apellidos del afiliado:..... Teléfono: .....

Documento de identidad: ..... Sexo: **M** ☐ **F** ☐ Fecha de nacimiento:.....

MARCAR CON UNA X SU RESPUESTA:

1.- ANTECEDENTES DE CIRUGÍA		2.- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS		3.- ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD		4.- ANTECEDENTES DE ACCIDENTES PERSONALES, INCAPACIDAD Y/O SECUELAS		5.- ACTUALMENTE TOMA MEDICACIÓN CONTINUA	
SI	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*

DETALLE EN CASO DE MARCAR SI: .....

.....

.....

Nombres y Apellidos del afiliado:..... Teléfono: .....

Documento de identidad: ..... Sexo: **M** ☐ **F** ☐ Fecha de nacimiento:.....

MARCAR CON UNA X SU RESPUESTA:

1.- ANTECEDENTES DE CIRUGÍA		2.- ANTECEDENTES DE ENFERMEDADES DIAGNOSTICADAS		3.- ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD		4.- ANTECEDENTES DE ACCIDENTES PERSONALES, INCAPACIDAD Y/O SECUELAS		5.- ACTUALMENTE TOMA MEDICACIÓN CONTINUA	
SI	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*	*SI*	*NO*

DETALLE EN CASO DE MARCAR SI: .....

.....

.....

El afiliado que completa esta declaración, certifica que ha revisado y entendido todos los puntos descritos y que lo declarado en este documento es totalmente verídico.

Y AUTORIZA expresamente a ECUASANITAS S.A. para solicitar y obtener en cualquier momento y de cualquier profesional de la salud y/o centro hospitalario o similar; incluyendo otras Empresas de Medicina Prepagada o Seguros Médicos, copias del expediente clínico, resultados de exámenes de apoyo diagnóstico y/o de cualquier otra información relacionada con el estado de salud de los usuarios o beneficiarios. Las restricciones temporales de cobertura para las preexistencias que han sido debidamente declaradas por el interesado en este documento, respecto de él y sus beneficiarios, se aplicarán según lo establecido en la Ley Orgánica que Regula las Compañías que Financien Servicios de Atención Integral de Salud Prepagada y a los Seguros que Oferten Cobertura de Seguros de Asistencia Médica, es decir, su carencia es de 24 meses cumplidos contados a partir de la suscripción del contrato o de la incorporación del beneficiario, en su caso.

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

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el registro No. 59012; con Oficio No. SCVS-IRCVSQ-DRS-2025-00015145-O del 24 de febrero de 2025.

NOMBRE DEL TITULAR:.....**CI:**.....**FECHA:**.....**FIRMA:**.....