

3. Datos bancarios

Yo _____ Titular del contrato N° _____
con C.I.N° _____ Autorizo transferencia a la cuenta Cte. o de Ahorros
del Banco _____ Cta.No. _____
Titular de la cuenta _____ con C.I.N° _____

Firma del Titular
C.I. _____

4. Paciente/ titular

Firmo la presente solicitud de reembolso, confirmando que todas las declaraciones dadas son verídicas y reales, asimismo autorizo para verificar y pedir ante cualquier médico o institución hospitalaria la información que sea necesaria, incluyendo la historia clínica respectiva. En caso de comprobarse falsedad o reticencia en la información suministrada, acepto la pérdida de mis beneficios para esta reclamación.

PACIENTE: Si es menor de edad firma el titular FIRMATITULAR

C.I.: _____ C.I. _____

5. Documentos obligatorios para el reembolso (revisar si cumple con la documentación)

ATENCIÓN AMBULATORIA (Consultas / exámenes de diagnóstico)

- Formulario de solicitud de reembolso de atención médica.
- Factura original de consulta, clínica, laboratorio, farmacia, imágenes, estudios de patología, etc.
- Pedidos o recetas de exámenes de laboratorio, imagen, medicamentos y de cualquier procedimiento realizado.
- Todos los resultados e informes de exámenes realizados que tengan relación con la solicitud de reembolso presentada.

EMERGENCIA

- Todo lo indicado en Atención Ambulatoria.
- Hoja de emergencia completa en el formato 008 emitido por el Ministerio de Salud Pública (copia).
- Parte policial en caso de accidente por violencia.
- Liquidación de SPPAT en caso de accidente de tránsito.
- Factura original de la clínica u hospital con su respectivo desglose.
- En caso de hospitalización, copia de la historia clínica completa (epicrisis, anamnesis, examen físico, protocolo operatorio, notas de evolución médica, hoja anestesia).
- Todos los resultados e informes de exámenes realizados durante la atención de emergencia.

HOSPITALIZACIÓN

- Original de la factura de la clínica u hospital.
- Desglose, detalle de la factura o estado de cuenta.
- Facturas originales de honorarios médicos.
- Copia de la historia clínica completa (epicrisis, anamnesis, examen físico, protocolo operatorio, notas de evolución médica, hoja de anestesia).
- Todos los resultados e informes de exámenes realizados durante la atención hospitalaria.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS

- Liquidación original de los gastos presentados al otro seguro.
- Copia de la historia clínica y de las facturas presentadas al otro plan de cobertura médica.
- Pedidos o recetas de exámenes de laboratorio, imagen, medicamentos y de cualquier procedimiento realizado.
- Resultados e informes de exámenes realizados.

NOTA:

- En casos especiales el auditor médico podrá solicitar otros resultados o exámenes pertinentes.
- Las facturas deben ingresar cumpliendo las normas del SRI, en caso de no ser así serán devueltas.
- Bluecard Ecuador S.A. cumple con la normativa de protección de datos personales. Para más información, puede remitirse a la Política de Protección de Datos Personales.

"TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES: A la suscripción de este instrumento entiendo y declaro que se me ha explicado respecto al tratamiento de mis datos personales con motivo de la solicitud de reembolso. La finalidad de los mismos está relacionada a que BLUECARD ECUADOR S.A.S. realice la revisión y valide el valor que solicito por reembolso. Declaro también que se me ha informado respecto a mis derechos de acceso, rectificación, eliminación, oposición, y demás previstos en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales. También conozco que el presente consentimiento lo puedo revocar en cualquier momento. Cualquier notificación se la remitirá por medio de una solicitud al correo: protecciondedatos@bluecard.com.ec, en el que se especificará nombres completos, número de contrato y detalle claro y concreto del pedido. Es de mi conocimiento que, aunque la relación contractual termine, BLUECARD ECUADOR S.A. podrá reservar mi información por el tiempo de 5 años adicionales, para efectos de reclamos administrativos o auditorías de los entes de control. AUTORIZO A _____ a que pueda presentar en mi representación todo tipo de documentos relacionados con el presente trámite y también señalo mi correo personal: _____. BLUECARD ECUADOR S.A. se reserva el derecho en cualquier momento de realizar una verificación de la identidad de la persona, a fin de no revelar datos personales a terceros."