

FORMATO PARA SOLICITAR CERTIFICADO ASISTENCIA AL VIAJERO

NOMBRES COMPLETOS TITULAR:

NÚMERO DE CEDULA TITULAR:

FECHA DE NACIMIENTO :

EMAIL:

NOMBRES COMPLETOS DE PERSONAS QUE VIAJAN INCLUIR AL TITULAR SI FUERA EL CASO :

NOMBRES Y APELLIDOS	Nº DE CÉDULA	FECHA DE NACIMIENTO

***Para certificado de Visa Schengen detallar el país de la Embajada**

LUGAR O LUGARES DE DESTINO:

Fecha de Inicio de viaje:

Fecha de retorno:

Días de viaje

*Beneficio máximo por 30 días

Persona de Contacto en Ecuador:

Teléfono de Contacto en Ecuador:

Celular exclusivo del titular:

CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

Mediante la suscripción del presente formulario, declaro que he sido informado y autorizo de manera libre, expresa, informada e inequívoca de conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, que los datos personales y de salud que brindo, son accedidos y tratados por CONFIAMED S.A., para brindar el servicio de medicina prepagada, facturación y herramientas de mejoras en el servicio. De expresar mi negativa a brindar mis datos personales o de no autorizar el acceso a los datos personales estrictamente pertinentes y necesarios, CONFIAMED S.A., no podrá cumplir con los fines expuestos.

He sido informado que mis datos personales serán incluidos en una base de datos de titularidad de CONFIAMED SA. Autorizo el tratamiento y la transferencia de mis datos a terceros proveedores internacionales con la única finalidad del servicio de medicina prepagada.

Adicionalmente, autorizo a CONFIAMED S.A., a realizar las siguientes finalidades distintas a las descritas en los párrafos precedentes:

- Realizar encuestas de satisfacción para mejorar la calidad de los servicios brindados.
- Envío de comunicaciones referidas a nuevos servicios y/o promociones.

SI Acepto NO Acepto

* Enviar el formulario lleno a servicioalcliente@confiamed.com 72 horas antes del viaje.