

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
|  | | Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada - ACESS | | SOLICITUD PARA LA CERTIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES SANITARIAS DE LAS COMPAÑÍAS DE MEDICINA PREPAGADA Y SEGUROS DE ASISTENCIA MÉDICA | | Código: | |
| | | | | | | Versión: 003 | |
| Datos del solicitante: | | | | | | | |
| Provincia: | | Ciudad: | | Fecha de envío: | | (dd/mm/aaaa) | |
| Razón social: | | | | RUC: | | | |
| Nombre del representante legal: | | Tipo de identificación: | | <input type="checkbox"/> Cédula de identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte | | | |
| No. de identificación: | | Cargo: | | | | | |
| Dirección: | | Calle principal: | | Calle Secundaria: | | | |
| | | Número: | | Referencia: | | | |
| Tipo de solicitud: (Solo marcar una opción) | | Detalle de solicitud: | | | | | |
| | | Tipología | | Contratos | | Planes | |
| <input type="checkbox"/> Trámite nuevo | | Individual | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Subsanción 1 | | Corporativo | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Subsanción 2 | | Pool | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Renovación | | PYMES | | | | | |
| | | Empresarial | | | | | |
| | | Grupal | | | | | |
| | | Masivo | | | | | |
| | | Total de documentos: | | | | | |
| Requisitos: | | | | | | | |
| - Toda la documentación debe ser enviada al correo institucional: medicinaprepagada@calidadsalud.gob.ec | | | | | | Seleccionar con una "X" requisitos ingresados: | |
| 1. Contrato (Póliza general) en formato Word (editable). | | | | | | | |
| 2. Detalle de los planes / programas (tablas de beneficios aplicables a los planes y programas), identificando nombre del plan, modalidad, monto total de financiamiento, porcentaje y detalle de cobertura, en formato Excel (editable). | | | | | | | |
| 3. Lista de planes que se detalle de la siguiente manera: Tipo y nombre del plan (individual, corporativo, pool, masivo, pymes, empresarial), en formato Excel (editable). | | | | | | | |
| 4. Anexos aplicables al contrato tipo, planes y programas que reflejen condiciones sanitarias y coberturas de salud, en formato editable (Word o Excel). | | | | | | | |
| 5. Copia de certificación del cumplimiento de obligatoriedad y existencia legal de la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros. | | | | | | | |
| Acuerdo de notificación: | | | | | | | |
| * En mi calidad de usuario de los servicios que presta la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACCESS), me comprometo a la revisión de la bandeja de entrada de mi usuario creado y/o actualizado en el Sistema de Gestión Documental (Quipux), al momento del ingreso de mi solicitud, dentro de los plazos establecidos para la atención, con el fin de verificar si existe o no respuesta a la misma (cuando aplique). * Adicionalmente de manera expresa autorizo que cualquier información referente a mi trámite ingresado en la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada, o cualquier otra comunicación adicional, me sean notificadas a mi correo electrónico señalado a continuación: | | | | | | | |
| Correo electrónico: (Llenar con letra legible) | | <input type="text"/> | | | | | |
| (Lo anterior, de conformidad a lo ordenado en el CÓDIGO ORGÁNICO ADMINISTRATIVO, Capítulo IV NOTIFICACIÓN artículo No. 165, párrafo final; y a la LEY DE COMERCIO ELECTRÓNICO, FIRMAS ELECTRÓNICAS Y MENSAJES DE DATOS, en su artículo No. 56) * Finalmente me comprometo a notificar a la ACESS cualquier cambio realizado al correo / mail antes detallado, con el fin de mantener la información actualizada para cualquier notificación a mi representada. | | | | | | | |
| Firma de solicitante: | | | | | | | |
| Firma del representante legal: | | <input type="text"/> | | | | | |