

BUPA CORPORATE CARE

FORMULARIO DE NUEVAS INCLUSIONES

DECLARACIÓN DE PREEXISTENCIAS



1. INFORMACIÓN DEL GRUPO

Por favor, incluya la información del grupo de experiencia al cual se está incorporando

Nombre del grupo

Número del grupo

2. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido (s)

Nombre (s)

Identificación tributaria No.

Dirección

Provincia

Ciudad

País

Número de teléfono

Fax

Correo electrónico

Ocupación

Fecha de Nacimiento

Estatura

☐ Pies ☐ Mts

Peso

☐ Lbs ☐ Kg

Género

☐ Femenino

☐ Masculino

Estado Civil

☐ Soltero (a)

☐ Casado (a)

☐ Viudo (a)

☐ Divorciado(a)

3. DEPENDIENTES

Apellido (s)

Nombre (s)

Lugar de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Género

☐ Femenino

☐ Masculino

Relación con el solicitante

Apellido (s)

Nombre (s)

Lugar de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Género

☐ Femenino

☐ Masculino

Relación con el solicitante

Apellido (s)

Nombre (s)

Lugar de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Género

☐ Femenino

☐ Masculino

Relación con el solicitante

Apellido (s)

Nombre (s)

Lugar de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Género

☐ Femenino

☐ Masculino

Relación con el solicitante

Apellido (s)

Nombre (s)

Lugar de Nacimiento

Fecha de Nacimiento

Género

☐ Femenino

☐ Masculino

Relación con el solicitante

4. CUESTIONARIO MÉDICO

En caso de responder “Sí” a alguna de las siguientes preguntas, por favor especificar el **nombre del solicitante** y los detalles correspondientes en el espacio en blanco. Use una página adicional, si fuera necesario.

1. ¿Ha estado hospitalizado o ha tenido algún síntoma o alteración en su salud en los últimos (2) años?	☐ Sí ☐ No
---	---

2. ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes padecimientos: tumores malignos (cáncer), lupus, diabetes, hepatitis crónica, enfermedades del corazón, de la columna, neurológicas, congénitas y/o hereditarias; es receptor o candidato a trasplantes de órganos o prótesis ortopédicas?	☐ Sí ☐ No
--	---

Por favor, verificar que toda la información requerida en esta solicitud haya sido debidamente completada.

INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA ANTERIOR

Por favor adjunte a esta solicitud: ☐ a) Copia del certificado de cobertura previa
☐ b) El comprobante del último aviso de notificación de renovación del mismo.

5. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Con mi firma en esta solicitud, entiendo y estoy de acuerdo, en mi nombre y en el de mis dependientes aquí mencionados, en lo siguiente:

Que Bupa Ecuador SA Compañía de Seguros (la “Compañía”) se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier Solicitud y que la cobertura ofrecida no entrara en vigor hasta que la Compañía haya recibido y aprobado la Solicitud, la cual será efectiva según lo indicado en las condiciones de Cobertura.

Que mis declaraciones y respuestas han sido dadas de buena fe, son completas y verdaderas según mi mejor entendimiento y conocimiento. Por lo tanto, entiendo y acepto que si hubiera alguna declaración o respuesta falsa, incompleta u alguna omisión en esta Solicitud o si las declaraciones o material para la aceptación de esta Solicitud fueran fraudulentos, el contrato podrá ser anulado por la Compañía, y su única obligación deberá consistir en la devolución de cualquier cuota pagada con la solicitud, menos la cantidad de cualquier beneficio pagado bajo este contrato. El Solicitante acepta que deberá reintegrar a la Compañía la suma de cualquier pago suministrado por cualquier error administrativo al Solicitante, a favor del Solicitante o de cualquier miembro de la familia que esté cubierto bajo el contrato como resultado de una reclamación.

Autorizo a cualquier médico con licencia, médico practicante, hospital, clínica, u otro establecimiento médico o medicamento relacionada, compañía de medicina prepagada, agencia gubernamental, MIB, Inc. (“MIB”) u otras organización, institución o persona que tenga un registro o conocimiento de mí o de mi salud y la de mis dependientes nombrados en esta solicitud, para dar a la compañía, sus reaseguradores y afiliados de dicha información, incluyendo copias de los registros relativos a consejo, cuidado o tratamiento proporcionado a mí o mi dependientes, sin limitación alguna a información relativa a enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. Además autorizo a Bupa Ecuador SA Compañía de Seguros, sus filiales y sus reaseguradores para usar o divulgar dicha información a sus empresas afiliadas, proveedores, pagadores, otros aseguradores, administradores de riesgos, proveedores, consultores y cualquier entidad cuando sea necesario para nuestra atención o tratamiento, pago de servicios, el funcionamiento de nuestro contrato de salud, o para llevar a cabo actividades relacionadas y realizar un informe breve de nuestra información personal de salud a MIB. Una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como la original.

Yo y las personas a ser cubiertas por este contrato entienden y están de acuerdo en que han elegido permitir al Agente de Registro (Agente) para que tenga acceso a la totalidad de la información médica y relativa a su salud (pasada, presente y futura) que se facilita a la Compañía o a cualquiera de sus afiliados o subcontratistas.

Autorización para recaudar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a Bupa Ecuador y sus filiales en Miami para solicitar mis registros médicos y/o los de mis dependientes, así como también cualquier historial de medicamentos recetados y cualquier otra información médica o farmacéutica para ser considerada en el proceso de evaluación de riesgo con respecto a la solicitud de cobertura para mi persona y mis dependientes. Autorizo a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia, o cualquier otro proveedor médico, plan de salud, la Oficina de Información Médica en los Estados Unidos de América (MIB), o cualquier otra organización o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud para revelar dicha información a Bupa Ecuador o sus representantes designados. La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud.

Entiendo que Bupa Ecuador se basará en dicha información para 1) evaluar el riesgo de esta solicitud de cobertura y tomar decisiones sobre la elegibilidad, clasificación de riesgo, emisión de la póliza e inscripción de todos los solicitantes, 2) administrar reclamaciones y determinar o cumplir la responsabilidad de cobertura y suministro de beneficios, 3) administrar la cobertura, y 4) llevar a cabo otras operaciones de seguro conforme a la ley.

5. AVISO DE PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

Entiendo que la capacidad de Bupa Ecuador para evaluar la cobertura depende de recibir toda la información de salud necesaria. Por lo tanto, el negarme a dar mi autorización (marcar "No" abajo) resultará en la denegación de mi solicitud para recibir cobertura.

☐ Si ☐ No

Autorización para revelar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a Bupa Ecuador y sus filiales en Miami para revelar a mi agente/agencia de seguro las condiciones de mi póliza, mi certificado de cobertura y otros documentos de seguro, información de pagos, reclamaciones y solicitudes de reembolso, y registros médicos que puedan contener información de mi salud, que les permitirá atender mis preguntas y facilitar la interacción relacionada con mi cobertura de seguro, pagos y reclamaciones.

☐ Si ☐ No

Entiendo que:

- Bupa Ecuador usará cualquier información suministrada en esta solicitud y recibida por medio de esa autorización antes de la fecha de vigencia de la cobertura para considerar mi solicitud.
- Bupa Ecuador cumplirá con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de los Estados Unidos de América ("HIPAA" por sus siglas en inglés) en lo que fuere aplicable a los proveedores amparados por HIPAA, tratándose de información médica que deba ser revelada de manera pertinente conforme a lo estipulado por HIPAA. La información médica del asegurado en los registros de proveedores locales no será regida por la HIPAA.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Una copia certificada de la autorización será tan válida como el original.

- manecerá vigente mientras la cobertura esté vigente, incluyendo las renovaciones automáticas.
- Esta autorización es voluntaria y la información revelada conforme a esta autorización podría quedar sujeta a volver a ser revelada por quienes la reciban, y ya no estará protegida bajo la ley HIPAA (cuando fuere aplicable).
- Tengo el derecho de revocar esta autorización previo aviso por escrito a Bupa Ecuador. Sin embargo, la revocación no cobrará vigencia hasta que Bupa Ecuador reciba y procese dicha revocación. Las revocaciones serán enviadas por correo postal o electrónico a:

Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros
Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú
Edificio San Salvador, Piso 4
Quito, Ecuador
SACecuator@bupalatinamerica.com

El Aviso de Privacidad de Bupa Ecuador se encuentra en la página web <https://www.bupasalud.com.ec/ec-politica-de-privacidad>

Declaración: He revisado en forma íntegra todos los datos constantes en el presente documento, siendo de mi responsabilidad, mismo que son aceptados en su totalidad por mi persona en calidad de asegurado, siendo aquéllos veraces y reales, por lo que no tengo nada que reclamar en presente y futuro por los efectos que se deriven de tales datos y declaraciones. Por lo tanto, deslindo a Bupa Ecuador de cualquier responsabilidad y consecuencia de los hechos que se pudieren generar de tal información. He revisado y entiendo el contenido y propósito de este reconocimiento y autorizaciones. Con mi firma y respuestas afirmativas confirmo que la autorización sobre las decisiones descritas anteriormente reflejan fielmente mis deseos. Mi firma abajo constituye la aceptación de todas las declaraciones efectuadas arriba.

6. FIRMA

Firma del Asegurado

Fecha

Bupa Ecuador, S.A.

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador, Piso 4 • Quito,
Ecuador Tel. (593-2) 396 5600 • www.bupasalud.com/MiBupa