

BUPA CORPORATE CARE SUPLEMENTO MÉDICO



Bupa se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional.

| | | | |
|------------------|--|--------------|--|
| Nombre del grupo | | Id del grupo | |
|------------------|--|--------------|--|

A. INFORMACIÓN MÉDICA

1. SOLICITANTES (EMPLEADO Y DEPENDIENTES)

| | | | | | |
|-------------------|----------|---------|--------------|---------------------|--------------|
| Nombre completo | Apellido | Nombre | Inicial | Fecha de nacimiento | DD / MM / AA |
| Nombre del médico | | | Especialidad | Número de teléfono | |
| Apellido | Nombre | Inicial | | | |

| | | | | | |
|-------------------|----------|---------|--------------|---------------------|--------------|
| Nombre completo | Apellido | Nombre | Inicial | Fecha de nacimiento | DD / MM / AA |
| Nombre del médico | | | Especialidad | Número de teléfono | |
| Apellido | Nombre | Inicial | | | |

| | | | | | |
|-------------------|----------|---------|--------------|---------------------|--------------|
| Nombre completo | Apellido | Nombre | Inicial | Fecha de nacimiento | DD / MM / AA |
| Nombre del médico | | | Especialidad | Número de teléfono | |
| Apellido | Nombre | Inicial | | | |

| | | | | | |
|-------------------|----------|---------|--------------|---------------------|--------------|
| Nombre completo | Apellido | Nombre | Inicial | Fecha de nacimiento | DD / MM / AA |
| Nombre del médico | | | Especialidad | Número de teléfono | |
| Apellido | Nombre | Inicial | | | |

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, marque aquí para confirmar

2. RECONOCIMIENTOS MÉDICOS

¿Ha tenido alguno de los solicitantes un examen de rutina, pediátrico o ginecológico en los últimos cinco años? Sí No

| | | |
|--|----------------|-------|
| Solicitante | Tipo de examen | Fecha |
| Resultado | | |
| Si el resultado es anormal, favor explique: | | |
| <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | | |

| | | |
|--|----------------|-------|
| Solicitante | Tipo de examen | Fecha |
| Resultado | | |
| Si el resultado es anormal, favor explique: | | |
| <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | | |

| | | |
|--|----------------|-------|
| Solicitante | Tipo de examen | Fecha |
| Resultado | | |
| Si el resultado es anormal, favor explique: | | |
| <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal | | |

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, marque aquí para confirmar

3. CONDICIONES MÉDICAS

¿Ha sufrido alguno de los solicitantes de...

| | | |
|---|---|---|
| a | infecciones? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| b | desórdenes de la visión, del oído o audición, nasales o de la garganta? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| c | convulsiones, migrañas, parálisis, u otros desórdenes neurológicos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| d | desórdenes del corazón, desórdenes circulatorios, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos elevados? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| e | alergias, asma, bronquitis u otros desórdenes pulmonares? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| f | enfermedades del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis, otras enfermedades del hígado, u otros desórdenes digestivos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| g | enfermedades de los riñones o del tracto urinario? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| h | problemas de la columna vertebral, reumatismo, artritis, gota u otros desórdenes musculares, articulares o de los huesos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| i | cáncer o tumores benignos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| j | anemia, leucemia/linfoma u otros desórdenes de la sangre? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| k | diabetes, desórdenes de la glándula tiroidea u otros desórdenes endocrinos/hormonales? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| l | desórdenes de la próstata? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| m | enfermedades de transmisión sexual o de los órganos sexuales, u otros desórdenes del sistema reproductivo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| n | desórdenes de las mamas, los ovarios, el útero, u otros desórdenes ginecológicos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| o | desórdenes de la piel? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| p | desórdenes congénitos o hereditarios? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| q | o cualquier enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía, o tiene alguna cirugía u hospitalización pendiente que no ha sido mencionada arriba? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, favor explicar abajo.

4. EXPLICACIÓN DE LAS CONDICIONES MÉDICAS

| Letra | Solicitante | Condición | Desde DD / MM / AA | Hasta DD / MM / AA |
|--------------------------|-------------|-----------|------------------------|-----------------------|
| | | | | |
| Tratamiento y resultados | | | Estado de salud actual | |
| | | | | |
| Nombre del médico | | | Teléfono del médico | |
| | | | | |

| Letra | Solicitante | Condición | Desde DD / MM / AA | Hasta DD / MM / AA |
|--------------------------|-------------|-----------|------------------------|-----------------------|
| | | | | |
| Tratamiento y resultados | | | Estado de salud actual | |
| | | | | |
| Nombre del médico | | | Teléfono del médico | |
| | | | | |

| Letra | Solicitante | Condición | Desde DD / MM / AA | Hasta DD / MM / AA |
|--------------------------|-------------|-----------|------------------------|-----------------------|
| | | | | |
| Tratamiento y resultados | | | Estado de salud actual | |
| | | | | |
| Nombre del médico | | | Teléfono del médico | |
| | | | | |

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, marque aquí para confirmar

5. MEDICAMENTOS

¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente? Sí No

Si respondió "Sí", favor explique abajo.

| Solicitante | | Nombre del medicamento | | Causa | |
|-------------|------------|------------------------|-------|-------|--|
| | | | | | |
| Cantidad | Frecuencia | Desde | Hasta | | |
| | | | | | |

| Solicitante | | Nombre del medicamento | | Causa | |
|-------------|------------|------------------------|-------|-------|--|
| | | | | | |
| Cantidad | Frecuencia | Desde | Hasta | | |
| | | | | | |

| Solicitante | | Nombre del medicamento | | Causa | |
|-------------|------------|------------------------|-------|-------|--|
| | | | | | |
| Cantidad | Frecuencia | Desde | Hasta | | |
| | | | | | |

| Solicitante | | Nombre del medicamento | | Causa | |
|-------------|------------|------------------------|-------|-------|--|
| | | | | | |
| Cantidad | Frecuencia | Desde | Hasta | | |
| | | | | | |

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, marque aquí para confirmar

6. HÁBITOS

¿Alguno de los solicitantes ha fumado cigarrillos, consumido algún producto con nicotina, bebido alcohol o consumido drogas ilegales? Sí No
Si respondió "Sí", favor explique abajo.

| Solicitante | Tipo | Cantidad por día |
|-------------|------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

7. HISTORIAL FAMILIAR

¿Alguno de los solicitantes tiene historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer, o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? Sí No
Si respondió "Sí", favor explique abajo.

| Solicitante | Familiar con el desorden (favor marcar) | | | |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Padre | Madre | Hermano(a) | Hijo(a) |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desorden | | | | |

| Solicitante | Familiar con el desorden (favor marcar) | | | |
|-------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Padre | Madre | Hermano(a) | Hijo(a) |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Desorden | | | | |

B. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Certifico que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en este Suplemento Médico y que, a mi mejor entendimiento están completas y son verdaderas. Entiendo que cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta puede causar que las reclamaciones sean denegadas, y que la póliza sea modificada, rescindida o cancelada. Si cualquier asegurado requiere cuidado o tratamiento médico después de que tanto el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo como el Suplemento Médico han sido firmados, pero antes de la fecha efectiva de esta membresía, proporcionaré a Bupa los detalles completos para la aprobación final antes de que la cobertura sea emitida. Estoy de acuerdo en aceptar mi membresía en esta Póliza de Grupo bajo los términos y condiciones como ha sido emitida. Por este medio autorizo al representado autorizado por mi empleador para que reciba mi Guía de Referencia para el Empleado, mi Certificado de Membresía y cualquier otro documento relacionado con mi cobertura de seguro.

Autorización para recaudar información médica

Por este medio autorizo a Bupa Dominicana y sus filiales en Miami ("Bupa") 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 (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 o sus representantes designados.

La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud. Entiendo que Bupa 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 pertinente.

Entiendo que la capacidad de Bupa 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.

Sí No

Por este medio autorizo a Bupa Dominicana y sus filiales en Miami ("Bupa") para proporcionar al Administrador del Grupo designado por mi empleador las condiciones de mi póliza, mi certificado de cobertura, cualquier otro documento de seguro y mis registros médicos que puedan contener información de salud protegida. Entiendo que el uso que el Administrador del Grupo haga de mi información de salud protegida está limitado a los documentos del Plan de Grupo, tal como es requerido por la ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de los Estados Unidos de América.

Sí No

Entiendo que:

- Bupa 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 cumplirá con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de los Estados Unidos de América y que la información será revelada de manera pertinente conforme a lo estipulado por HIPAA.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Una copia de la autorización será tan válida como el original.
- La autorización permanecerá vigente mientras la cobertura esté vigente, incluyendo las renovaciones automáticas.
- Esta autorización es voluntaria y la información revelada conforme a esta autorización previo aviso por escrito a Bupa. Sin embargo, la revocación no cobrará vigencia hasta que Bupa reciba y procese dicha revocación.
- Las revocaciones deberán ser enviadas por correo postal o electrónico a:

Bupa Dominicana, S.A.
Av. Winston Churchill, No. 1099 Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini
Santo Domingo, República Dominicana
bupadominicana@bupalatinamerica.com

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 listadas arriba.

C. FIRMAS

| | | | |
|--|----------|--------|--------------|
| Firma del empleado | | Fecha | DD / MM / AA |
| Nombre del empleado (en letra de molde) | Apellido | Nombre | Inicial |
| Firma del cónyuge | | Fecha | DD / MM / AA |
| Nombre del cónyuge (en letra de molde) | Apellido | Nombre | Inicial |
| Como Administrador de Grupo, acepto completa responsabilidad por la presentación de este Suplemento Médico, en el envío de todas las primas, y la entrega del Certificado de Membresía cuando sea presentado. Desconozco de cualquier condición que no haya sido revelada en este Suplemento Médico la cual pueda afectar la asegurabilidad de los solicitantes. | | | |
| Firma del Administrador de Grupo | | | |
| Nombre del Administrador de Grupo (en letra de molde) | | | |

Bupa Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill, No. 1099 Acrópolis Center, 3er Nivel, Piantini • Santo Domingo, República Dominicana
Tel: (809) 275 1518 • www.bupasalud.com/MiBupa