

# BUPA CORPORATE CARE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA DE GRUPO FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ASEGURADO


 Inscripción del asegurado

 Dependientes adicionales

Fecha de elegibilidad:

## 1. INFORMACIÓN DEL GRUPO

Nombre del grupo

No. del grupo

## 2. INFORMACIÓN PERSONAL

Por favor proporcione la información completa y una copia del documento de identificación de todos los asegurados incluidos bajo esta membresía.

Nombre			Relación con el Asegurado Titular	Estado civil*	Fecha de nacimiento	Sexo	Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies	Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lbs
Apellido	Nombre	Inicial	El mismo		DD/MM/AAAA	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Identificación tributaria No.								
Apellido	Nombre	Inicial			DD/MM/AAAA	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies	Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lbs
Apellido	Nombre	Inicial			DD/MM/AAAA	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies	Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lbs
Apellido	Nombre	Inicial			DD/MM/AAAA	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies	Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lbs
Apellido	Nombre	Inicial			DD/MM/AAAA	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies	Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lbs

\*S - soltero M - casado DP - compañero(a) doméstico(a) D - divorciado(a) W - viudo(a)

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

Si esta solicitud incluye hijos entre los **diecinueve (19) y veinticuatro (24) años de edad**, ¿es alguno de ellos estudiante a tiempo completo en un colegio o universidad?  Sí  No Si respondió "Sí", favor indicar el nombre del colegio o universidad:

## 3. INFORMACIÓN GENERAL

Dirección residencial

Ciudad

Provincia

País

 Dirección postal  
(si es diferente a la anterior)

Ciudad

Provincia

País

Por favor envíe correspondencia a:  Dirección residencial  Dirección postal

Teléfono residencial

Teléfono laboral

Teléfono celular

Correo electrónico

## 4. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

Por favor incluya cualquier otra póliza de seguro de salud vigente o solicitud en proceso con Bupa Ecuador u otra compañía.

Aseguradora

## 5. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Certifico que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en esta solicitud y que, a mi mejor entendimiento están completas y son verdaderas. Entiendo que cualquier omisión o declaración incompleta e incorrecta acerca de aquellas circunstancias que, conocidas por BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (de ahora en adelante "Bupa Ecuador") hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa el contrato de seguro. Tal nulidad se entiende saneada por el conocimiento de dichas circunstancias de parte de Bupa Ecuador antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente. Si el contrato se rescinde, Bupa Ecuador tiene derecho a retener la prima por el tiempo transcurrido de acuerdo a la tarifa de corto plazo. Si cualquiera de los asegurados requiere cuidado o tratamiento médico después que la solicitud de seguro ha sido firmada, pero antes de la fecha efectiva de la póliza, deberá proporcionar detalles completos a Bupa Ecuador para la aprobación final antes que la cobertura se haga efectiva. Estoy de acuerdo en aceptar la póliza bajo los términos y condiciones con que sea emitida.

### 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.

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.

Sí  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.

Sí  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.
- 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 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  
SACecuador@bupalatinamerica.com

**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.

Firma del Asegurado Titular		Fecha	DD/MM/AAAA
Firma del Cónyuge		Fecha	DD/MM/AAAA
Firma del representante autorizado		Título	
Nombre del representante autorizado		Fecha	DD/MM/AAAA

## 6. VERIFICACIÓN DE TEXTO

El Asegurado Titular y/o Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Lugar y fecha		Lugar y fecha	
Bupa Ecuador S.A. Firma autorizada		Asegurado Titular Firma	

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número 44406 con fecha 1 de febrero de 2017.

**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](http://www.bupasalud.com/MiBupa)

