

BUPA CORPORATE CARE

CONSENTIMIENTO INDIVIDUAL DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES DE GRUPO



Anexar fotocopia de los documentos de identificación de los integrantes de la póliza.

<input type="checkbox"/> Inscripción del asegurado principal	<input type="checkbox"/> Dependientes adicionales	Fecha de elegibilidad	DD / MM / AA
--	---	-----------------------	--------------

1. INFORMACIÓN DEL GRUPO

Nombre del Grupo	Número de Póliza
Nombre del Administrador del Grupo	

2. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre de los solicitantes: Asegurado Principal/ Dependientes (Nombres y Apellidos)	Relación con el Asegurado Principal	No. de DPI o pasaporte	Estado civil*	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso		Estatura	
						<input type="checkbox"/> Lbs	<input type="checkbox"/> Kg	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Pies
	Asegurado Principal			DD / MM / AA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
				DD / MM / AA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
				DD / MM / AA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
				DD / MM / AA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
				DD / MM / AA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
				DD / MM / AA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
				DD / MM / AA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

* S: soltero M: casado

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

Si se incluyen hijos entre los 19 y 24 años de edad, ¿es alguno estudiante universitario a tiempo completo? Sí No Si respondió "Sí", por favor indique el nombre de la universidad y proporcione copia de la certificación de estudios de la universidad como evidencia de que son estudiantes de tiempo completo:

3. INFORMACIÓN GENERAL

Dirección residencial			
Código postal	Municipio	Departamento	
Otra dirección (diferente de la anterior)			
Código postal	Municipio	Departamento	
Por favor envíe correspondencia a: <input type="checkbox"/> Dirección residencial <input type="checkbox"/> Otra dirección			
Teléfono residencial	Teléfono laboral		
Teléfono celular	E-mail		

4. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombres y Apellidos	No. de DPI o pasaporte	Relación con el Asegurado Principal	%

5. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

Por favor incluya cualquier otra póliza de seguro de salud vigente o solicitud en proceso con Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. u otra compañía.

Aseguradora

6. INFORMACIÓN MÉDICA

Médico(s) tratante(s)

Nombre del Solicitante	Nombre del médico
Especialidad	Teléfono

Nombre del Dependiente	Nombre del médico
Especialidad	Teléfono

Nombre del Dependiente	Nombre del médico
Especialidad	Teléfono

Nombre del Dependiente	Nombre del médico
Especialidad	Teléfono

Nombre del Dependiente	Nombre del médico
Especialidad	Teléfono

Si necesita más espacio para ampliar información, use una hoja adicional firmada y fechada, indicando a qué punto se refiere y marque aquí para confirmar:

Exámenes médicos: ¿Han tenido el Solicitante y/o los Dependientes un examen pediátrico, ginecológico o de rutina en los últimos 5 años? Sí No

Si respondió "Sí", explique:

Solicitante o Dependiente	Tipo de examen	Fecha (día/mes/año)
		DD / MM / AA
Resultado	Si es anormal, explique:	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		

Solicitante o Dependiente	Tipo de examen	Fecha (día/mes/año)
		DD / MM / AA
Resultado	Si es anormal, explique:	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		

Solicitante o Dependiente	Tipo de examen	Fecha (día/mes/año)
		DD / MM / AA
Resultado	Si es anormal, explique:	
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal		

Si necesita más espacio para ampliar información, use una hoja adicional firmada y fechada, indicando a qué punto se refiere y marque aquí para confirmar:

Condiciones médicas: ¿Ha sufrido el Solicitante y/o los Dependientes de:		
a	infecciones?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
b	desórdenes de la visión, del oído o la 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 y 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 tiroides 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 y otros desórdenes del sistema reproductivo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
n	desórdenes de las mamas, los ovarios, el útero y 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	cualquier otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía, o tiene alguna cirugía u hospitalización pendiente no mencionado arriba?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, favor explicar en la siguiente página.

Explicación de condiciones médicas:			
Letra	Solicitante o Dependiente		Condición
Desde (día/mes/año)	Hasta (día/mes/año)	Tratamiento y resultado	
DD / MM / AA	DD / MM / AA		
Letra	Solicitante o Dependiente		Condición
Desde (día/mes/año)	Hasta (día/mes/año)	Tratamiento y resultado	
DD / MM / AA	DD / MM / AA		
Letra	Solicitante o Dependiente		Condición
Desde (día/mes/año)	Hasta (día/mes/año)	Tratamiento y resultado	
DD / MM / AA	DD / MM / AA		
Letra	Solicitante o Dependiente		Condición
Desde (día/mes/año)	Hasta (día/mes/año)	Tratamiento y resultado	
DD / MM / AA	DD / MM / AA		

Si necesita más espacio para ampliar información, use una hoja adicional firmada y fechada, indicando a qué punto se refiere y marque aquí para confirmar:

Medicamentos: ¿Se le ha recomendado al Solicitante o a alguno de los Dependientes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", explique:			
Solicitante o Dependiente	Nombre del medicamento		Cantidad
Razón	Frecuencia	Desde (día/mes/año)	Hasta (día/mes/año)
		DD / MM / AA	DD / MM / AA
Solicitante o Dependiente	Nombre del medicamento		Cantidad
Razón	Frecuencia	Desde (día/mes/año)	Hasta (día/mes/año)
		DD / MM / AA	DD / MM / AA

Medicamentos: ¿Se le ha recomendado al Solicitante o a alguno de los Dependientes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente? Sí No Si respondió "Sí", explique:

Solicitante o Dependiente	Nombre del medicamento	Cantidad
Razón	Frecuencia	Desde (día/mes/año)
		DD / MM / AA

Solicitante o Dependiente	Nombre del medicamento	Cantidad
Razón	Frecuencia	Desde (día/mes/año)
		DD / MM / AA

Si necesita más espacio para ampliar información, use una hoja adicional firmada y fechada, indicando a qué punto se refiere y marque aquí para confirmar:

Hábitos: ¿El Solicitante y/o alguno de los Dependientes ha fumado cigarrillos o consumido productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Sí No Si respondió "Sí", explique:

Solicitante y/o Dependiente	Tipo	¿Cuánto tiempo?	Cantidad/día

Historial familiar: ¿Tienen el Solicitante y/o Dependientes historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? Sí No Si respondió "Sí", explique:

Solicitante y/o Dependiente	Desorden

Familiar con el desorden: (favor marcar) Padre Madre Hermano(a) Hijo(a)

Solicitante y/o Dependiente	Desorden

Familiar con el desorden: (favor marcar) Padre Madre Hermano(a) Hijo(a)

Solicitante y/o Dependiente	Desorden

Familiar con el desorden: (favor marcar) Padre Madre Hermano(a) Hijo(a)

Solicitante y/o Dependiente	Desorden

Familiar con el desorden: (favor marcar) Padre Madre Hermano(a) Hijo(a)

Solicitante y/o Dependiente	Desorden

Familiar con el desorden: (favor marcar) Padre Madre Hermano(a) Hijo(a)

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Certificamos que hemos leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en este Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo y que, a nuestro mejor entendimiento están completas, son verdaderas y exactas. Entendemos que cualquier omisión o declaración incompleta, inexacta e incorrecta puede causar que la cobertura sea denegada, y que la póliza sea cancelada. Si cualquiera de los Asegurados requiere cuidado o tratamiento médico después que este Consentimiento ha sido firmado, pero antes de la fecha efectiva de la póliza, deberemos proporcionar detalles completos a la Aseguradora para la aprobación final antes que la cobertura se haga efectiva.

Estamos de acuerdo en aceptar nuestra cobertura bajo esta póliza de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo bajo los términos y condiciones como ha sido emitida. Con nuestras firmas abajo autorizamos al Administrador del Grupo para que reciba las Condiciones Generales de la Póliza, el Certificado Individual del Seguro y cualquier otro documento relacionado con nuestra cobertura de seguro.

Queda entendido y convenido que: Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

Autorización para recaudar información sobre mi salud

Por este medio autorizamos a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. (en adelante denominada “la Aseguradora”) para solicitar mi información de salud protegida, así como la de mis dependientes, sin limitación, registros médicos y cualquier historial/registro de medicamentos por receta, registros o planes de tratamiento 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 por este medio a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia, o cualquier otro proveedor médico, plan de salud, empleador/asegurado titular de grupo o administrador de plan de beneficios, y cualquier otra organización o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga acceso a registros médicos o conocimiento sobre nuestra persona o nuestra salud para revelar dicha información a la Aseguradora y sus intermediarios autorizados.

La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con este Consentimiento. Entiendo que la Aseguradora se basará en dicha información para 1) evaluar el riesgo para otorgar la cobertura y tomar decisiones sobre la elegibilidad, clasificación de riesgo, emisión de la póliza y aceptación del solicitante y los dependientes, 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.

Entendemos que la capacidad de la Aseguradora para evaluar la cobertura depende de recibir toda la información de salud necesaria. Por lo tanto, el negarnos a dar nuestra autorización (marcar “No” abajo) resultará en la denegación de esta solicitud para recibir cobertura.

Sí No

Autorización para revelar información sobre mi salud

Por este medio autorizamos a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. (en adelante denominada “la Aseguradora”) para usar y revelar al intermediario de seguro las condiciones de la póliza, la Carátula de la Póliza y otros documentos de seguro, información de pagos, reclamaciones y solicitudes de reembolso, y registros médicos que puedan contener información de salud protegida que les permitirá atender las preguntas y facilitar la interacción relacionada con la cobertura de seguro, pagos y reclamaciones.

Sí No

Entendemos que:

- La Aseguradora usará cualquier información suministrada en este Consentimiento y recibida por medio de la autorización antes de la fecha de vigencia de la cobertura para considerar la solicitud.
- Tenemos 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 podría quedar sujeta a volver a ser revelada por quienes la reciban.

Tenemos el derecho de revocar esta autorización previo aviso por escrito a la Aseguradora. Sin embargo, la revocación no cobrará vigencia hasta que la Aseguradora reciba y procese dicha revocación. Las revocaciones serán enviadas por correo postal a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros S. A. o por correo electrónico a: servicioguatemala@bupalatinamerica.com.

Convengo, si aplica, en la deducción de las contribuciones a mi sueldo y, si me fuera requerido, en proveer evidencia de mi edad.

Hemos revisado y entendemos el contenido y propósito de este reconocimiento y autorizaciones. Con nuestra firma y respuestas afirmativas confirmamos que la autorización sobre las decisiones descritas anteriormente reflejan fielmente nuestros deseos. Nuestras firmas abajo constituyen la aceptación de todas las declaraciones realizadas arriba.

Firma del Solicitante		Fecha	DD / MM / AA
Firma del Cónyuge/Conviviente/Otra persona designada por el Asegurado Principal		Fecha	DD / MM / AA

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 472-2017 del ocho de mayo de dos mil diecisiete, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo. Este formulario cumple con todos los requisitos establecidos en el IVE-ASR-32.

Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

5ª Avenida 5-55, Zona 14 • Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103 • Ciudad de Guatemala
PBX: 2300-8000 • www.bupasalud.com/MiBupa

