

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL



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

Póliza nueva Dependientes adicionales Cambio de plan

Código: 201-9347102-2021 01 026 3001

R.A. 1367/2021

Para uso de la compañía
Número de póliza

1. INFORMACIÓN PERSONAL

POR FAVOR PROPORCIONE COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA CADA SOLICITANTE

Nombre de los solicitantes (asegurado principal/dependientes) (Nombres y Apellidos)			Relación con el asegurado principal	Estado civil ⁽¹⁾	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso	Estatura
Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres	Asegurado principal		Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de casada				F <input type="checkbox"/>		
Nacionalidad		País de residencia		Tipo de identificación		Número y extensión		

Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de casada				F <input type="checkbox"/>		
Tipo de identificación				Número y extensión				

Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de casada				F <input type="checkbox"/>		
Tipo de identificación				Número y extensión				

Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de casada				F <input type="checkbox"/>		
Tipo de identificación				Número y extensión				

Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de casada				F <input type="checkbox"/>		
Tipo de identificación				Número y extensión				

Si se solicita cobertura para un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿Nació como resultado de algún tratamiento de fertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí No.

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada y marque aquí para confirmar

⁽¹⁾ S - soltero C - casado(a) D - divorciado(a) V - viudo(a) Nota: Todo solicitante de 65 años o más debe presentar una Declaración Médica.

2. PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA

Producto:		Fecha efectiva solicitada para cobertura	Día/Mes/Año
Deducible:		Cobertura adicional: Si no se selecciona ninguna cobertura adicional, ningún será aplicada. (La cobertura adicional no está disponible para los productos Flex.)	
<input type="checkbox"/> Complicaciones de maternidad ⁽²⁾		<input type="checkbox"/> Procedimientos de trasplante ⁽³⁾	

⁽²⁾ Por favor complete el Cuestionario de Maternidad

⁽³⁾ Por favor complete la Solicitud de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante

3. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

(3.1) ¿Tiene usted un seguro de salud con alguna otra compañía? Sí No

Nombre de la compañía		Teléfono	
Producto		Valor del deducible	No. de póliza

(3.2) ¿Tiene la intención de mantener su seguro de salud con la otra compañía? Sí No

(3.3) Si la cobertura solicitada reemplazará a otro seguro existente, por favor incluya una copia del certificado de cobertura y recibo de su último pago.

(3.4) ¿Ha sido alguna solicitud de seguro de salud o de vida rechazada, aceptada, sujeta a restricciones o a una prima mayor que las tarifas estándar de la aseguradora para cualquiera de los solicitantes? Sí No

Si respondió "Sí", favor explicar:

4. INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE

(4.1) Dirección residencial

Residencia			
Código postal	Ciudad/Estado		País

(4.2) Datos Personales y/o información laboral

Profesión		Actividad económica	
Lugar de trabajo	Cargo		Ingresos
Fecha Ingreso trabajo		Referencias Personales/Comercial	

(4.3) ¿Viven todos los dependientes en la misma dirección indicada arriba? Sí No Si responde "No", indique el nombre y la dirección.

Nombre		Dirección	
Nombre		Dirección	

(4.4) Estatus de residencia/ciudadanía

¿Es usted ciudadano(a) o residente permanente de los Estados Unidos de América? Sí No

Si respondió "Sí", ¿reside actualmente o ha residido en los EE.UU. por más de 6 meses en el período de un año? Sí No

(4.5) Teléfono, fax y correo electrónico (e-mail)

Residencia		Trabajo		Fax	
Celular		Correo electrónico			

(4.6) Información PEP (Quien desempeña o haya desempeñado un cargo público en Bolivia u otro País, figuras prominentes de partidos políticos, ejecutivos que pertenezcan al Estado u Organismos Internacionales, persona que hubiere alcanzado fama y notoriedad en actividades científicas, profesionales, artísticas, culturales, deportivas y otras).

¿El solicitante es una Persona Expuesta Politicamente (PEP)? Sí No ¿Tiene parentesco con un (PEP)? Sí No

¿Es asociado cercano de un (PEP)? Sí No

5. DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

Sin perjuicio de las condiciones aplicables al pago de reclamaciones contempladas en esta póliza, en mi calidad de asegurado/a titular designo como beneficiario/s a la/s siguiente/s persona/s, quienes podrán recibir los beneficios o pago de reclamaciones previstos en esta póliza en caso de que se produzca mi fallecimiento.

Nombre	Apellido	Nombre	Relación con el asegurado principal
Tipo de identificación		Número y extensión	
Nombre	Apellido	Nombre	Relación con el asegurado principal
Tipo de identificación		Número y extensión	
Nombre	Apellido	Nombre	Relación con el asegurado principal
Tipo de identificación		Número y extensión	

6. INFORMACIÓN MÉDICA

(6.1) Médico(s) tratante(s)

Nombre del solicitante			
Nombre del médico		Especialidad	Teléfono
Nombre del solicitante			
Nombre del médico		Especialidad	Teléfono

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

(6.2) Exámenes médicos

¿Han tenido los solicitantes un examen pediátrico, ginecológico o de rutina en los últimos 5 años? Sí No Si respondió "Sí" explique abajo.

Nombre		Tipo de examen	
Fecha	Día/Mes/Año	Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Si es anormal, favor explicar
Nombre		Tipo de examen	
Fecha	Día/Mes/Año	Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Si es anormal, favor explicar
Nombre		Tipo de examen	
Fecha	Día/Mes/Año	Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Si es anormal, favor explicar

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada y marque aquí para confirmar.

(6.3) Cuestionario médico

Esta sección debe ser completada con la información médica de todos los integrantes de la póliza, considerando todos los antecedentes actuales y pasados. Por favor asegúrese de declarar todo acerca de cualquier condición y síntomas conocidos o sospechosos, incluso si el asesoramiento profesional aún no se ha solicitado. Las condiciones médicas referidas son ejemplos de enfermedades o condiciones agrupadas de acuerdo al aparato o sistema, pero no limitan o excluyen otras relacionadas. Si ya es asegurado de Bupa Global y desea cambiar su plan, usted también debe incluir detalles sobre las condiciones de salud. Esta información se enviará a nuestro equipo de suscripción que evaluará los términos de su plan.

SECCIÓN 1

Contestación afirmativa en cualquier de las siguientes deberá pasar a la siguiente sección

1	¿Padece o ha padecido enfermedad o accidente en los últimos 5 años? Responda si, si tiene una enfermedad, incluso si no ha sido hospitalizado o ingresado	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	Nombre del(los) solicitante(s)				
2	¿Está o ha estado ingresado, o intervenido en algún centro hospitalario? Responda si, si ha sido admitido u operado en algún hospital o centro médico por algún motivo.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	Nombre del(los) solicitante(s)				
3	¿Se encuentra actualmente bajo algún tratamiento prescrito por un médico? Responda si, si toma algún medicamento recetado por un médico.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	Nombre del(los) solicitante(s)				
4	¿Tiene algún síntoma o dolor persistente o reiterado, no diagnosticado? Responda si, si recientemente ha tenido algún síntoma o dolor que no ha sido estudiado o diagnosticado.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	Nombre del(los) solicitante(s)				
5	¿Está embarazada o ha estado embarazada alguna vez? Si respondió "Si", ¿ Tiene o ha tenido usted alguna complicación relacionada a su(s) embarazo(s) (abortos/embarazos ectópico/eclampsia/preeclampsia)? Si su respuesta es afirmativa, complete la sección de información adicional.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
	Nombre del(los) solicitante(s)				
Hábitos: El solicitante (Asegurado Titular/Dependientes) fuma cigarrillos o consume productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Si o no. si respondió "si", explique Quien, Tipo, cantidad/ día.		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Quién		Tipo		Frecuencia	
Quién		Tipo		Frecuencia	
Quién		Tipo		Frecuencia	

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

SECCIÓN 2

1	Enfermedades de Corazón o Sistema Circulatorio (por ejemplo, hipertensión arterial, angina/ dolor de pecho, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, latidos cardíacos anormales, aneurismas, varices, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
2	Trastornos en Sistema Endocrino (por ejemplo, diabetes tipo 1 o tipo 2 o problemas de tiroides, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
3	Trastornos en Sistema Respiratorio (por ejemplo, asma, EPOC, infecciones respiratorias, neumonía o bronquitis, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
4	Trastornos Digestivos - esófago, estómago, intestinos, páncreas, hígado o vesícula biliar (por ejemplo, gastritis, úlcera gástrica, hemorroides, pancreatitis, hepatitis aguda, cirrosis, cálculos en vesícula, cólicos biliares o hernias, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
5	Dermatología - piel y anejos (por ejemplo, eczema, dermatitis, psoriasis, acné, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
6	Sistema Neurológico (por ejemplo: Esclerosis Múltiple, ictus, epilepsia, migrañas, neuritis, hemi o paroplejia, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
7	Sistema Musculo-esquelético (por ejemplo, artritis, dolor de espalda, desordenes de columna vertebral, alteraciones en articulaciones operadas o no, fracturas, cirugías, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
8	Urología/ Sistema Genitourinario masculino (por ejemplo, enfermedades de vejiga, riñón o próstata, infecciones urinarias, cólicos por litiasis reno-ureteral, incontinencia, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
9	Urología/Ginecología (enfermedades del aparato urinario y ginecológico por ejemplo infecciones urinarias, cólicos por litiasis reno-ureteral, incontinencia, quistes de ovarios, fibromas, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
10	Hematología e inmunología -Enfermedades de la sangre o inmunológicas (por ejemplo, Lupus, anemias y autoinmunes, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

11	Enfermedades de ojos, nariz, oídos, o garganta (por ejemplo, catarata, glaucoma, queratitis, sinusitis, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
12	Psiquiatría y Psicología (por ejemplo: esquizofrenia, trastornos de alimentación, trastorno bipolar, autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH))	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
13	Cáncer y enfermedades linfoproliferativas - Cáncer de cualquier localización incluyendo leucemias y linfomas, condiciones precancerosas, como: lesiones cervicales, queratosis actínica, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
14	Enfermedades Congénitas - Desordenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo por ejemplo síndrome de Down, malformaciones cardiovasculares, neurológicas, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
15	Enfermedades infecciosas relevantes y/o de transmisión sexual como: Hepatitis Crónica, Tuberculosis, VIH/ Sida, Malaria, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
16	¿Alguna otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía/ hospitalización pendiente no mencionada arriba?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	

(6.4) Explicación de condiciones médicas: Complete esta sección si ha respondido en forma afirmativa a cualquier pregunta médica del 1 al 16 en la sección anterior. Por favor haga referencia al número de la pregunta correspondiente en la sección anterior e incluya con la mayor precisión posible cualquier detalle, aunque no esté seguro(a) de su importancia.

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada y marque aquí para confirmar.

(6.4.1) Solicitante					Número	
Condición		Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	
Tratamiento y resultados						
Estado de salud actual	Información del médico					
(6.4.2) Solicitante					Número	
Condición		Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	
Tratamiento y resultados						
Estado de salud actual	Información del médico					
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y resultados		
(6.4.3) Solicitante					Número	
Condición		Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	
Tratamiento y resultados						
Estado de salud actual	Información del médico					
(6.4.4) Solicitante					Número	
Condición		Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	
Tratamiento y resultados						
Estado de salud actual	Información del médico					
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y resultados		

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

(6.5) Medicamentos

¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente? Sí No
Si respondió "Sí", explique abajo.

Razón		Frecuencia		Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad			
Razón		Frecuencia		Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad			
Razón		Frecuencia		Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad			

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada y marque aquí para confirmar.

(6.6) Hábitos

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

Solicitante		Tipo		¿Cuánto tiempo?		Cantidad por día	
Solicitante		Tipo		¿Cuánto tiempo?		Cantidad por día	
Solicitante		Tipo		¿Cuánto tiempo?		Cantidad por día	

(6.7) Historial familiar

¿Tiene algún solicitante historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? Sí No
Si respondió "Sí", explique.

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

7. DESIGNACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

En mi condición de asegurado titular designo a la persona cuyos datos se presentan a continuación, para que pueda contactar a la aseguradora en caso de encontrarme impedido por cualquier causa, con el fin de recibir información concerniente a mi persona y/o cualquier asegurado de esta póliza y los procesos relacionados con esta. (No designar a un miembro de la póliza)

Nombres	Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres
Apellidos	Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de casada
Tipo de identificación	Número y extensión		

8. SUSCRIPCIÓN COMO CLIENTE VIRTUAL

Por este medio me suscribo como cliente virtual de Bupa Insurance (Bolivia) S.A. Como cliente virtual, recibiré toda la correspondencia y documentos relacionados con mi seguro ingresando a los Servicios en Línea de Bupa en www.bupalud.com.

9. CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES

La confidencialidad de la información de pacientes y Asegurados es una prioridad de Bupa Insurance (Bolivia) S.A. y sus filiales y subsidiarias. Con este fin, en la prestación de sus servicios Bupa Insurance (Bolivia) S.A. cumple con las leyes de protección de datos personales, de protección de la información y con los reglamentos de confidencialidad médica que sean aplicables. En algunas ocasiones, Bupa Insurance (Bolivia) S.A. utiliza los servicios de terceras partes para procesar información en su nombre. Dicho proceso está sujeto a restricciones contractuales con respecto a la confidencialidad.

Bupa Insurance (Bolivia) S.A. hace de su conocimiento que hará tratamiento de todos los datos personales que sean proporcionados en este documento o como adjunto al mismo, para las finalidades de tratamiento de datos que son indicadas en su aviso de privacidad correspondiente al producto al que se refiere esta solicitud. Dicho aviso de privacidad aparece publicado en el sitio: www.bupalud.com.bo.

9. CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES (CONTINUACIÓN)

Salvo que el Asegurado Principal/Titular y/o la persona o entidad que firma este formulario de solicitud, y que se obliga al pago de la prima correspondiente al contrato de póliza de seguro (en adelante, el "Contratante") dispongan lo contrario, el tratamiento de datos personales del Asegurado Principal/Titular y/o del Contratante, y (en su caso) también los de sus respectivos dependientes, incluye aquellos datos de salud o médicos que aparezcan en expedientes clínicos a los que la Bupa Insurance (Bolivia) S.A. pueda tener acceso y recabemos contando con la debida autorización previa que pueda ser requerida por la ley aplicable. Dicho tratamiento de datos personales tiene como finalidades aquellas que aparecen detalladas en nuestro aviso de privacidad referido en el párrafo anterior. De manera muy general, dichas finalidades de tratamiento de datos personales comprenden, entre otras, a las siguientes: para el desarrollo de nuevos productos y servicios; para darle asesoría a los Asegurados y/o al Contratante; para la comercialización, promoción, contratación y/o colocación a los Asegurados y/o al Contratante, de todo tipo de productos de seguros y servicios conexos; para el cumplimiento y prestación de cualesquiera otras obligaciones que puedan derivar de cualquier relación jurídica y/o comercial entre Bupa Insurance (Bolivia) S.A. con el Asegurado Principal/Titular y/o con el Contratante de la póliza; para el análisis de nuestros productos y servicios; para el cumplimiento de nuestros términos y condiciones correspondientes a la póliza de seguro; y para la prestación de todos y cualesquiera de nuestros servicios a los Asegurados.

Los datos que Bupa Insurance (Bolivia) S.A. recaba por este medio, así como también todos los que recabe a partir de la emisión/celebración del contrato de póliza de seguro solicitada por este documento, y todos lo que recabe en relación con la prestación de servicios que sean brindados a los Asegurados bajo el contrato de póliza de seguro, serán objeto de tratamiento en cumplimiento con las leyes que, en cada caso, les puedan ser respectivamente aplicables. La confidencialidad y la seguridad de los datos personales que son recabados por Bupa Insurance (Bolivia) S.A. está debidamente protegida para fines evitar su uso o divulgación indebida o no-autorizada.

El (Los) firmantes de este formulario de solicitud declara(n) haber leído y aceptado el aviso de privacidad de Bupa Insurance (Bolivia) S.A. correspondiente al producto/servicio que es solicitado por medio de este documento.

El (los) firmante(s) de este formulario de solicitud declara(n) que cuando menos uno (o más) de ellos es (son), con respecto a las personas que son nombradas/presentadas como dependientes o beneficiarios en este documento, son según corresponda: el (los) representante(s) o tutor(es) legal(es) de aquéllos, o bien que alternativamente han obtenido el consentimiento/autorización previa, válida, suficiente y explícita de sus dependientes y/o beneficiarios representados, a fin de utilizar la información personal de aquéllos para completar este formulario y seguidamente presentarlo a Bupa Insurance (Bolivia) S.A., incluyendo información personal de salud.

10. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIONES

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 puede causar que los reclamos sean denegados, y que la póliza sea modificada, rescindida o cancelada. Si cualquiera de los asegurados requiere cuidado o tratamiento médico después de que la solicitud de seguro ha sido firmada, pero antes de la fecha efectiva de la póliza, deberá proporcionar detalles completos a la aseguradora para la aprobación final antes de que la cobertura se haga efectiva. En caso de que la póliza fuese aprobada durante este periodo, la aseguradora se reserva el derecho de modificar las condiciones de aprobación de la póliza y/o la fecha efectiva de la misma. Estoy de acuerdo en aceptar la póliza bajo los términos y condiciones con que sea emitida. De no ser así, notificaré mi desacuerdo por escrito a la aseguradora durante los quince (15) días siguientes al recibo de la póliza de seguro.

Autorización para recaudar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a Bupa Insurance (Bolivia) S.A. 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 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 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

Autorización para revelar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a Bupa Insurance (Bolivia) S.A. y sus filiales en Miami ("Bupa") para revelar a mi agente/agencia de seguro y sus afiliados y sucesores 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 salud protegida que les permitirá atender mis preguntas y facilitar la interacción relacionada con mi cobertura de seguro, pagos y reclamaciones.

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) 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 podría quedar sujeta a volver a ser revelada por quienes la reciban, y ya no estará protegida bajo la ley HIPAA.
- Tengo el derecho de revocar 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 serán enviadas por correo postal o electrónico a:

Central: Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005
Edif. Spazio, 1er Piso, Of. 201-202-203
Barrio Fleig, Santa Cruz, Bolivia
bolivia@bupa.com.bo

Sucursal: Calacoto, Calle 9
Esq. Av. Sanchez Bustamante No. 7979
Edif. Vitruvio II 3er Piso, Oficina A
La Paz-Bolivia

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. Esta solicitud es válida por 90 días calendario a partir de la fecha en que ha sido firmada.

11. FIRMAS

Solicitante	Nombre	Firma	Fecha
Asegurado principal			Día/Mes/Año
Cónyuge			Día/Mes/Año

Como Agente, acepto completa responsabilidad por el envío de esta solicitud y todas las primas cobradas, y por la entrega de la póliza cuando sea emitida.
Desconozco la existencia de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que pudiera afectar la asegurabilidad de los propuestos asegurados.

Nombre del agente	Firma del agente (testigo)	Código del agente

12. INFORMACIÓN DE PAGO (el pago debe ser enviado junto con la solicitud)

Nombre del asegurado principal		No. de póliza	
Modalidad de la póliza	<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral	Prima	US\$
		Cobertura opcional	US\$
		Tarifa administrativa anual	US\$
		Cantidad total	US\$

Método de pago: Opción 1

Cheque de caja
 Cheque personal
 Giro bancario
 Cheque de viajero
NO ENVIAR EFECTIVO. El pago debe ser emitido a nombre de Bupa Worldwide Corporation.

Método de pago: Opción 2

Transferencia bancaria

Información bancaria: BUPA Insurance Bolivia S.A.
 Banco de Crédito de Bolivia S.A., Cuenta Corriente No. 701-5054103-2-72

Método de pago: Opción 3

Tarjeta de crédito Por favor proporcione la siguiente información:

Yo,

autorizo a Bupa Insurance (Bolivia) S.A. a cargar mi tarjeta de crédito    

Número de tarjeta de crédito Fecha de expiración Mes/Año

Cantidad a cargar: US\$

Dirección del tarjetahabiente (donde recibe el estado de cuenta):

Teléfono del tarjetahabiente Firma del tarjetahabiente

Débito automático para renovaciones futuras: Sí No

Con mi firma en este documento autorizo a Bupa Insurance (Bolivia) S.A. a debitar directamente la tarjeta de crédito y/o cuenta bancaria indicada arriba para pagar las primas del seguro de mi póliza de seguro de salud Bupa.

Entiendo que si hay cualquier cambio a mi póliza de seguro de salud Bupa, la cantidad de la prima aprobada también puede cambiar. También entiendo que una copia fiel y correcta de este documento será enviada a mi institución bancaria o compañía de tarjeta de crédito. Al firmar este documento, solicito e instruyo a la institución correspondiente que permita a Bupa Insurance (Bolivia) S.A. debitar mi cuenta directamente y pagar la prima del seguro de salud, a menos que yo indique lo contrario por escrito.

En el caso que un débito directo para pagar mi póliza de seguro de salud Bupa sea por cualquier razón rechazado o denegado, acepto que tengo la responsabilidad personal de pagar inmediatamente las primas de mi póliza de seguro de salud, o la póliza podrá ser rescindida, interrumpida o cancelada. Al firmar, autorizo las deducciones automáticas para las futuras renovaciones.

Firma del asegurado principal	Firma del tarjetahabiente	Fecha
		Día/Mes/Año

Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

Central

Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005, Edif. Spazio, 1er Piso, Oficinas 201-203 • Santa Cruz, Bolivia • Telf.: (591-3) 3388000 • www.bupasalud.com/Mibupa

Sucursal

Calacoto, Calle 9, Esq. Av. Sanchez Bustamante No. 7979, Edif. Vitruvio II 3er. Piso, Oficina A • La Paz, Bolivia • Telf.: (591-2) 2770919 • www.bupasalud.com/Mibupa

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO