

SOLICITUD INDIVIDUAL DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA



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

☐ Póliza nueva ☐ Dependientes adicionales ☐ Cambio de plan

Para uso de la compañía
Número de póliza

1. INFORMACIÓN PERSONAL

| Nombre de los solicitantes (asegurado principal/dependientes) | | Relación con el asegurado principal | Estado civil ⁽¹⁾ | Fecha de nacimiento | Sexo | Peso | Estatura |
|---|----|-------------------------------------|-----------------------------|---------------------|----------------------------|---------------|----------|
| Nombre | I. | Asegurado principal | | Día/Mes/Año | M <input type="checkbox"/> | | |
| Apellido | | | | | F <input type="checkbox"/> | lbs kg pies m | |
| Nombre | I. | | | Día/Mes/Año | M <input type="checkbox"/> | | |
| Apellido | | | | | F <input type="checkbox"/> | lbs kg pies m | |
| Nombre | I. | | | Día/Mes/Año | M <input type="checkbox"/> | | |
| Apellido | | | | | F <input type="checkbox"/> | lbs kg pies m | |
| Nombre | I. | | | Día/Mes/Año | M <input type="checkbox"/> | | |
| Apellido | | | | | F <input type="checkbox"/> | lbs kg pies m | |
| Nombre | I. | | | Día/Mes/Año | M <input type="checkbox"/> | | |
| Apellido | | | | | F <input type="checkbox"/> | lbs kg pies m | |
| Nombre | I. | | | Día/Mes/Año | M <input type="checkbox"/> | | |
| Apellido | | | | | F <input type="checkbox"/> | lbs kg pies m | |

⁽¹⁾ **S** - soltero(a) **C** - casado(a) **CV** - conviviente **D** - divorciado(a) **V** - viudo(a)

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

Nota: Todo solicitante de **65 años o más** debe presentar una Declaración Médica con todos los exámenes adjuntos.

Si esta solicitud incluye hijos entre los **diecinueve (19) y veinticuatro (24) años de edad**, ¿es alguno de ellos estudiante a tiempo completo en una universidad? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", por favor indique el nombre de la universidad y proporcione copia del certificado o affidavit de la universidad como evidencia de que son estudiantes de tiempo completo.

2. PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA

| | | | |
|--|--|---|-------------|
| Producto | | Fecha efectiva solicitada para la cobertura | Día/Mes/Año |
| Plan de Deducible | | | |
| Cobertura adicional: Si no se selecciona ninguna cobertura adicional, ninguna será aplicada. | | | |
| <input type="checkbox"/> Complicaciones de maternidad ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Procedimientos de trasplante ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Otra: | | | |

⁽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", por favor explicar

4. INFORMACIÓN GENERAL

(4.1) Dirección

| | | | | | |
|---------------|--|---------------|--|------|--|
| Residencia | | | | | |
| Código postal | | Ciudad/Estado | | País | |
| Código postal | | Ciudad/Estado | | País | |

(4.2) 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 usted en los EE.UU. por más de seis (6) meses en el último año? ☐ Sí ☐ No

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

| | | | |
|------------|--|---------|--|
| Residencia | | Trabajo | |
| Fax | | Celular | |
| E-mail | | | |

5. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

| | | | |
|--------|--|-------------------------------------|--|
| Nombre | | Relación con el asegurado principal | |
| Nombre | | Relación con el asegurado principal | |

6. INFORMACIÓN MÉDICA

(6.1) Médico(s) de la familia

| | | | |
|------------------------|--|----------|--|
| Nombre del solicitante | | | |
| Nombre del médico | | | |
| Especialidad | | Teléfono | |
| Nombre del solicitante | | | |
| Nombre del médico | | | |
| Especialidad | | Teléfono | |
| Nombre del solicitante | | | |
| Nombre del médico | | | |
| Especialidad | | Teléfono | |
| Nombre del solicitante | | | |
| Nombre del médico | | | |
| Especialidad | | Teléfono | |

(6.2) Exámenes médicos

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

| | | | | | |
|--|--|----------------|--|-------|-------------|
| Solicitante | | Tipo de examen | | Fecha | Día/Mes/Año |
| Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (Si el resultado es anormal, favor explicar) | | | | | |
| Solicitante | | Tipo de examen | | Fecha | Día/Mes/Año |
| Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (Si el resultado es anormal, favor explicar) | | | | | |

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continúa)

(6.2) Exámenes médicos

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

| | | | | | |
|--|--|----------------|--|-------|-------------|
| Solicitante | | Tipo de examen | | Fecha | Día/Mes/Año |
| Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (Si el resultado es anormal, favor explicar) | | | | | |
| Solicitante | | Tipo de examen | | Fecha | Día/Mes/Año |
| Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (Si el resultado es anormal, favor explicar) | | | | | |
| Solicitante | | Tipo de examen | | Fecha | Día/Mes/Año |
| Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (Si el resultado es anormal, favor explicar) | | | | | |
| Solicitante | | Tipo de examen | | Fecha | Día/Mes/Año |
| Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (Si el resultado es anormal, favor explicar) | | | | | |
| Solicitante | | Tipo de examen | | Fecha | Día/Mes/Año |
| Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (Si el resultado es anormal, favor explicar) | | | | | |

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

(6.3) Condiciones médicas

| ¿Ha sufrido alguno de los solicitantes de... | | Sí | No |
|--|---|--------------------------|--------------------------|
| a | infecciones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b | desórdenes de la visión, del oído o audición, nasales o de la garganta? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c | convulsiones, migrañas, parálisis u otro desorden neurológico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d | desórdenes del corazón, desórdenes circulatorios, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos elevados? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e | alergias, asma, bronquitis u otro desorden pulmonar? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f | enfermedades del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis, otra enfermedad del hígado u otro desorden digestivo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g | enfermedades de los riñones o del tracto urinario? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h | problemas de la columna vertebral, reumatismo, artritis, gota u otro desorden muscular, articular o de los huesos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i | cáncer o tumores benignos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j | anemia, leucemia/linfoma u otro desorden de la sangre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k | diabetes, desórdenes de la glándula tiroides u otro desorden endocrino/hormonal? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| l | desórdenes de la próstata? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| m | enfermedades de transmisión sexual o de los órganos sexuales u otro desorden del sistema reproductivo? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| n | desórdenes de las mamas, los ovarios, el útero u otro desorden ginecológico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| o | desórdenes de la piel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| p | desórdenes congénitos o hereditarios? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| q | otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía, o tiene alguna cirugía/hospitalización pendiente no mencionada arriba? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continúa)

(6.4) Explicación de condiciones médicas

| | | | |
|------------------------|-------------|-------------------------|-----------|
| Letra | Solicitante | | Condición |
| | | | |
| Desde | Hasta | Tratamiento y resultado | |
| Día/Mes/Año | Día/Mes/Año | | |
| Estado de salud actual | | | |
| | | Información del médico | |

| | | | |
|------------------------|-------------|-------------------------|-----------|
| Letra | Solicitante | | Condición |
| | | | |
| Desde | Hasta | Tratamiento y resultado | |
| Día/Mes/Año | Día/Mes/Año | | |
| Estado de salud actual | | | |
| | | Información del médico | |

| | | | |
|------------------------|-------------|-------------------------|-----------|
| Letra | Solicitante | | Condición |
| | | | |
| Desde | Hasta | Tratamiento y resultado | |
| Día/Mes/Año | Día/Mes/Año | | |
| Estado de salud actual | | | |
| | | Información del médico | |

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

(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.

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

| | | | | |
|--|----------|-----------------|--|----------|
| (6.6) Hábitos | | | | |
| ¿Alguno de los solicitantes ha fumado cigarrillos o consumido productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", explique abajo. | | | | |
| Solicitante | | | | |
| Tipo | | ¿Cuánto tiempo? | | Cantidad |
| Solicitante | | | | |
| Tipo | | ¿Cuánto tiempo? | | Cantidad |
| Solicitante | | | | |
| Tipo | | ¿Cuánto tiempo? | | Cantidad |
| Solicitante | | | | |
| Tipo | | ¿Cuánto tiempo? | | Cantidad |
| (6.7) Historial familiar | | | | |
| ¿Tiene algún solicitante historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", explique abajo. | | | | |
| Solicitante | | | | |
| Familiar con el desorden (Favor marcar) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana | Desorden | | | |
| Solicitante | | | | |
| Familiar con el desorden (Favor marcar) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana | Desorden | | | |
| Solicitante | | | | |
| Familiar con el desorden (Favor marcar) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana | Desorden | | | |
| Solicitante | | | | |
| Familiar con el desorden (Favor marcar) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana | Desorden | | | |

| | |
|--|--|
| 7. SUSCRIPCIÓN COMO CLIENTE VIRTUAL | |
| Por este medio me suscribo como cliente virtual de Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros. Como cliente virtual, recibiré toda la correspondencia y documentos relacionados con mi seguro ingresando a los Servicios en Línea de Bupa en www.bupasalud.com . | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| 8. MODALIDAD DE LA PÓLIZA | | | |
| Por favor indique la modalidad de pago solicitada: | <input type="checkbox"/> Anual ^(*) | <input type="checkbox"/> Semestral | <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otra |
| | | (*) En caso de pago anual, complete solo la columna del primer pago | |
| Detalle del valor a pagar: | Primer pago | | Pagos subsiguientes |
| Prima | US\$ | | US\$ |
| Cobertura opcional | US\$ | | US\$ |
| Contribución Superintendencia de Bancos y Seguros | US\$ | | US\$ |
| Contribución Seguro Social Campesino | US\$ | | US\$ |
| Tarifa administrativa anual | US\$ | | US\$ |
| IVA | US\$ | | US\$ |
| Sub-total | US\$ | | US\$ |
| Financiamiento diferido | US\$ | | US\$ |
| TOTAL | US\$ | | US\$ |

| |
|--|
| COMENTARIOS |
| |

9. RECONOCIMIENTOS 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 acerca de aquellas circunstancias que, conocidas por BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (de ahora en adelante "la Compañía") 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 la Compañía antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente.

Autorización para recaudar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a la Compañía 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 la Compañía o sus representantes designados. La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud.

Si el contrato se rescinde, la Compañía 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 la Compañía 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. De no ser así, notificaré mi desacuerdo por escrito a la Compañía durante los catorce (14) días siguientes al recibo de la póliza de seguro.

Entiendo que la Compañía 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 la Compañía 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 la Compañía 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

Declaración de origen y destino de fondos

Conocedor(a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a la Compañía en caso de

emitirse la Póliza son y provienen de actividades lícitas.

☐ Sí ☐ No

Autorización para revelar información crediticia

Conocedor(a) de las disposiciones de la Ley de Prevención, Detención y Erradicación del Delito de Lavado de Activos y Financiamiento de Delitos, autorizo expresamente a la Compañía a que obtenga de cualquier fuente de información, incluida la Central de Riesgos, mis referencias e información personal sobre mi comportamiento crediticio, manejo de mis cuentas, tarjetas de crédito, etc., y en general sobre el cumplimiento de mis

obligaciones, activos, pasivos y datos personales. De igual forma, la Compañía queda expresamente autorizada para que pueda utilizar, transferir o entregar dicha información a autoridades competentes, organismos de control y/o a otras instituciones o personas jurídicas, legales o reglamentariamente facultadas.

☐ Sí ☐ No

Entiendo que:

- La Compañía 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.
- La Compañía 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 la Compañía. Sin embargo, la revocación no cobrará vigencia hasta que la Compañía 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

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 la Compañía 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. Esta solicitud es válida por noventa (90) días a partir de la fecha en que ha sido firmada.

10. FIRMAS

| | | | |
|--|-------------------|-------------|--|
| Nombre del solicitante | | | |
| Firma del solicitante | Fecha | Día/Mes/Año | |
| Nombre del cónyuge | | | |
| Firma del cónyuge | Fecha | Día/Mes/Año | |
| Como Agente/Agencia asesora productora, acepto completa responsabilidad por el envío a la Compañía 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 | Código del agente | | |

Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador Piso 4 • Quito - Ecuador
Tel : (593-2)3965600 • Fax: (593-2)3965650 • www.bupasalud.com • SACecuator@bupalatinamerica.com