Para uso de la compañía
Número de póliza

# 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 se requiere información adicional.

Póliza nueva ❍ Dependientes adicionales ❍ Cambio de plan ❍

## 1 INFORMACIÓN PERSONAL

| Nombre de los solicitantes (asegurado principal/dependientes) | Relación con el asegurado principal | Estado civil[1] | Fecha de nacimiento Día/Mes/Año | Sexo | Peso | Estatura |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Nombre: ___ Inicial __ <br> Apellido: ___ | Asegurado principal | | __/__/__ Día Mes Año | M ❍ F ❍ | __ ❍ kg ❍ lbs | __ ❍ m ❍ pies |
| Nombre: ___ Inicial __ <br> Apellido: ___ | | | __/__/__ Día Mes Año | M ❍ F ❍ | __ ❍ kg ❍ lbs | __ ❍ m ❍ pies |
| Nombre: ___ Inicial __ <br> Apellido: ___ | | | __/__/__ Día Mes Año | M ❍ F ❍ | __ ❍ kg ❍ lbs | __ ❍ m ❍ pies |
| Nombre: ___ Inicial __ <br> Apellido: ___ | | | __/__/__ Día Mes Año | M ❍ F ❍ | __ ❍ kg ❍ lbs | __ ❍ m ❍ pies |

Si esta solicitud incluye hijos entre los **19 y los 24 años de edad**, ¿es alguno de ellos estudiante a tiempo completo en un colegio o universidad? ·········· Sí ❍ No ❍

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

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

[1]S—soltero(a) M—casado(a) DP—compañero(a) doméstico(a) D—divorciado(a) W—viudo(a) **Nota**: Toda persona de **65 años o más** deberá presentar una Declaración Médica (APS).

## 2 PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA

Por favor escoja el producto:
Bupa Essential Care ❍ Bupa Secure Care ❍ Bupa Advantage Care: Mundial ❍ Latinoamérica Solamente[2] ❍ Otro ❍ ___

| Por favor escoja el plan de deducible: | 1 ❍ | 2 ❍ | 3 ❍ | 4 ❍ | 5 ❍ | 6 ❍ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dentro del país de residencia | 0 | 1,000 | 2,000 | 5,000 | 10,000 | 20,000 |
| Fuera del país de residencia | 1,000 | 2,000 | 3,000 | 5,000 | 10,000 | 20,000 |

Bupa Critical Care ❍

| Por favor escoja el plan de deducible: | 1 ❍ | 2 ❍ | 3 ❍ | 4 ❍ | 5 ❍ | 6 ❍ |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dentro del país de residencia | 2,000 | 3,500 | 5,000 | 10,000 | 20,000 | 50,000 |
| Fuera del país de residencia | 2,000 | 3,500 | 5,000 | 10,000 | 20,000 | 50,000 |

Renovaciones/adiciones: Worldwide ❍ Select ❍ Prestige ❍ Choice ❍ Valor del deducible: ___ / ___

Fecha efectiva solicitada para la cobertura: __/__/__ (Día Mes Año) Cobertura adicional: Complicaciones de maternidad[3] ❍ Procedimientos de trasplante[4] ❍

Otra ❍ ___ Si no se selecciona ninguna cobertura adicional, ninguna será aplicada.

[2] Excluye Mexico • [3] Por favor complete el Cuestionario de Maternidad • [4] 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: ___

Producto: ___

Valor del deducible: ___ No. 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 INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO (continúa)

(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

(4.1) Dirección

Residencial

Código postal: Ciudad/estado: País de residencia:

Postal (si es diferente a la anterior)

Código postal: Ciudad/estado: País de residencia:

(4.2) Estatus de residencia/ciudadanía

¿Es usted ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos de América? Sí ❍ No ❍

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

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Residencial | Código de país | Código de área | Número | Trabajo | Código de país | Código de área | Número |
| Fax | Código de país | Código de área | Número | Celular | Código de país | Código de área | Número |
| E-mail | | | | | | | |

## 5 INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

| Nombres de los beneficiarios | Relación con el asegurado principal |
|---|---|
| Nombre: Inicial<br>Apellido: | |
| Nombre: Inicial<br>Apellido: | |

## 6 INFORMACIÓN MÉDICA

### (6.1) Médico(s) de la familia

| Solicitante | Nombre del médico | Especialidad | Teléfono |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

### (6.2) Exámenes médicos

¿Ha tenido alguno de los solicitantes un examen de rutina, pediátrico o ginecológico en los últimos cinco años?.....Sí ❍ No ❍
Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

| Solicitante | Tipo de examen | Fecha | Resultado: | Si es anormal, favor explicar. |
|---|---|---|---|---|
| | | ____/____/_____ Día Mes Año | Normal ❍ Anormal ❍ | |
| | | ____/____/_____ Día Mes Año | Normal ❍ Anormal ❍ | |
| | | ____/____/_____ Día Mes Año | Normal ❍ Anormal ❍ | |
| | | ____/____/_____ Día Mes Año | Normal ❍ Anormal ❍ | |

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

### (6.3) Condiciones médicas

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

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

## 6 INFORMACIÓN MÉDICA (continúa)

### (6.4) Condiciones médicas/explicaciones

| Pregunta | Solicitante: | Condición: | Desde: | Hasta: |
|---|---|---|---|---|
| | | | ___/___/_____ Día Mes Año | ___/___/_____ Día Mes Año |

| Tratamiento y resultados: | Estado de salud actual: | Información del médico: |
|---|---|---|
| | | |

| Pregunta | Solicitante: | Condición: | Desde: | Hasta: |
|---|---|---|---|---|
| | | | ___/___/_____ Día Mes Año | ___/___/_____ Día Mes Año |

| Tratamiento y resultados: | Estado de salud actual: | Información del médico: |
|---|---|---|
| | | |

| Pregunta | Solicitante: | Condición: | Desde: | Hasta: |
|---|---|---|---|---|
| | | | ___/___/_____ Día Mes Año | ___/___/_____ Día Mes Año |

| Tratamiento y resultados: | Estado de salud actual: | Información del médico: |
|---|---|---|
| | | |

| Pregunta | Solicitante: | Condición: | Desde: | Hasta: |
|---|---|---|---|---|
| | | | ___/___/_____ Día Mes Año | ___/___/_____ Día Mes Año |

| Tratamiento y resultados: | Estado de salud actual: | Información del médico: |
|---|---|---|
| | | |

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, 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", favor explicar abajo.

| Solicitante: | Nombre del medicamento: | Causa: | Cantidad: | Frecuencia: | Desde: | Hasta: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ___/___/_____ Día Mes Año | ___/___/_____ Día Mes Año |
| | | | | | ___/___/_____ Día Mes Año | ___/___/_____ Día Mes Año |
| | | | | | ___/___/_____ Día Mes Año | ___/___/_____ Día Mes Año |
| | | | | | ___/___/_____ Día Mes Año | ___/___/_____ Día Mes Año |

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

### (6.6) Hábito(s)

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

| Solicitante: | Tipo: | ¿Durante cuánto tiempo? | Cantidad por día |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## 6 INFORMACIÓN MÉDICA (continúa)

(6.7) 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 explicar abajo.

| Solicitante | Familiar con el desorden (favor marcar) | | | | Desorden |
|---|---|---|---|---|---|
| | Padre | Madre | Hermano(a) | Hijo(a) | |
| | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | |
| | ❍ | ❍ | ❍ | ❍ | |

## 7 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 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 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 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 aseguradora durante los diez (10) días siguientes al recibo de la póliza de seguro. En el caso de que sea representado por un agente, por este medio autorizo a esa persona a recibir las condiciones de la póliza, el certificado de cobertura, y todos los documentos relacionados con mi cobertura.

## 8 AUTORIZACIÓN PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN MÉDICA

Por este medio autorizo a cualquier médico, profesional de la medicina, hospital, clínica, institución médica, compañía de seguro, la Oficina de Información Médica (MIB), o cualquier otra organización, institución o persona, incluso cualquier miembro de mi familia, que tenga cualquier expediente médico o conocimiento sobre mi persona o mi salud, a proporcionar dicha información a Bupa Insurance Company, USA Medical Services y sus afiliados. Una copia de esta autorización será tan válida como la original. Esta autorización se mantiene válida mientras que cualquier póliza esté vigente.

## 9 SUSCRIPCIÓN COMO CLIENTE ONLINE

❍ Por este medio me suscribo como cliente online de Bupa Insurance Company. Como cliente online, recibiré toda la correspondencia y documentos relacionados con mi seguro ingresando a los Servicios en línea de www.bupalatinamerica.com.

## 10 FIRMA: Las firmas abajo constituyen la aceptación de todos los artículos descritos arriba. Esta solicitud es válida por 90 días a partir de la fecha de la firma.

| Firma del solicitante: | Nombre del solicitante en letra de molde: | Fecha |
|---|---|---|
| X _____ | | ___/___/____ Día Mes Año |
| Firma del cónyuge: | Nombre del cónyuge en letra de molde: | Fecha |
| X _____ | | ___/___/____ Día Mes Año |

Como agente, acepto completa responsabilidad por la presentación de esta solicitud, el envío de todas las primas cobradas, y la entrega de la póliza cuando sea emitida.

**Desconozco de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que afecte la asegurabilidad de los propuestos asegurados.**

| Firma del agente (testigo): | Nombre del agente en letra de molde: | Código del agente: |
|---|---|---|
| X _____ | | |

## 11 INFORMACIÓN DEL PAGO (el pago debe ser presentado con la solicitud)

Modalidad de la Póliza: ❍ Anual
❍ Semestral
❍ Trimestral ______________________

Prima: US$ ______________________________________
Anexos de cobertura opcional: US$ ______________________________
Tarifa administrativa anual: US$ 75.00 ____________________
Cantidad Total: US$ ________________________________

### Método de Pago: Opción 1

❍ Cheque de caja ❍ Cheque ❍ Giro bancario ❍ Cheque de viajero

Nota: **NO ENVIAR EFECTIVO.** El pago debe ser emitido a nombre de: Bupa Worldwide Corporation.

### Método de Pago: Opción 2

❍ Transferencia bancaria

Información bancaria: **Bupa Worldwide Premium Trust, Wachovia Bank, No. de Cuenta: 2000037371881, ABA: 063000021, No. Swift: PNBPUS33**

### Método de Pago: Opción 3

❍ ACH

Información bancaria: **Bupa Worldwide Premium Trust, Wachovia Bank, No. de Cuenta: 2000037371881, ABA: 067006432**

### Método de Pago: Opción 4

❍ Tarjeta de crédito

Favor proporcionar la siguiente información:

Yo, |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, autorizo a Bupa Worldwide Corporation a cargar a mi

tarjeta de crédito: ❍ MasterCard ❍ VISA ❍ American Express ❍ Diners Club International Código de seguridad |__|__|__|__|

Número de la tarjeta de crédito |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Fecha de expiración |__|__|__|__|__|__|

Mes Año

Cantidad a cargar US$ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Documento de identidad No |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (para residentes de Venezuela solamente)

Dirección del tarjetahabiente (donde se 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 Worldwide Corporation 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 Worldwide Corporation 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 solicitante

______________________________ Firma del tarjetahabiente

_____/_____/_____
Día Mes Año
Fecha