

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:

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)		Relación con el asegurado principal	Estado civil ⁽¹⁾	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso	Estatura
Nombre	<input type="text"/> I. <input type="text"/>	Asegurado principal		Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>	lbs kg	pies m
Apellido	<input type="text"/>				F <input type="checkbox"/>		
Ciudadanía	País de nacimiento		Tipo de identificación		Número		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		

Nombre	<input type="text"/> I. <input type="text"/>			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>	lbs kg	pies m
Apellido	<input type="text"/>				F <input type="checkbox"/>		
Tipo de identificación	<input type="text"/>		Número		<input type="text"/>		

Nombre	<input type="text"/> I. <input type="text"/>			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>	lbs kg	pies m
Apellido	<input type="text"/>				F <input type="checkbox"/>		
Tipo de identificación	<input type="text"/>		Número		<input type="text"/>		

Nombre	<input type="text"/> I. <input type="text"/>			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>	lbs kg	pies m
Apellido	<input type="text"/>				F <input type="checkbox"/>		
Tipo de identificación	<input type="text"/>		Número		<input type="text"/>		

Nombre	<input type="text"/> I. <input type="text"/>			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>	lbs kg	pies m
Apellido	<input type="text"/>				F <input type="checkbox"/>		
Tipo de identificación	<input type="text"/>		Número		<input type="text"/>		

Si esta solicitud incluye hijos entre **19 y 24 años de edad**, ¿es alguno de ellos estudiante a tiempo completo en una universidad? Sí No Si respondió "Sí", proporcione copia del certificado o affidavit de la universidad como prueba que son estudiantes de tiempo completo.

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

⁽¹⁾ S - soltero M - casado(a) DP - compañero(a) doméstico(a) D - divorciado(a) W - viudo(a) Nota: Todo solicitante de **65 años o más** debe presentar una Declaración Médica.

2. PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA

Producto:	<input type="text"/>	Fecha efectiva solicitada para cobertura	Día/Mes/Año
Plan de deducible:	<input type="text"/>	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"/> Eliminación de Deducible en República Dominicana			

⁽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
Postal (si diferente de la anterior)			
Código postal	Ciudad/ Estado		País

(4.2) ¿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	

(4.3) 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

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

Residencia		Trabajo		Fax	
Celular		Correo electrónico			

5. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial	Relación con el asegurado principal	
Nombre	Apellido	Nombre	Inicial	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	

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

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 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) 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 desorde neurológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	desórdenes del corazón, desórdenes circulatorios, hipertensión arterial, colesterol, 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 desorde 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 d ellos 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"/>

Para solicitantes femeninas

r	¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s	¿Ha tenido complicaciones del embarazo? <input type="checkbox"/> Pre-Eclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t	¿Ha tenido algún embarazo ectópico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u	¿Ha tenido algún legrado? ¿De qué tipo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v	¿Ha tenido algún aborto? Causa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w	¿Ha tenido alguna cesárea? Causa:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x	¿Ha tenido tratamientos por infertilidad? Causas:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(6.4) Explicación de condiciones médicas

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

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

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

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"/>	

7. SUSCRIPCIÓN COMO CLIENTE VIRTUAL

Por este medio me suscribo como cliente virtual de Bupa Dominicana, 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.

8. 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 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.

Autorización para recaudar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a Bupa Dominicana, S.A. y 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 Dominicana, S.A. y 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 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:

Bupa Dominicana. S.A.
Av. Winston Churchill, No. 1099 Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini
Santo Domingo, República Dominicana
bupadominicana@bupalatinamerica.com

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 a partir de la fecha en que ha sido firmada.

9. 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

Bupa Dominicana, S.A.
Av. Winston Churchill,
No. 1099. Acrópolis Center
3er. Nivel, Piantini
Santo Domingo, República
Dominicana
Tel: (809) 955 2555
bupadominicana@bupalatinamerica.com
www.bupasalud.com

10. 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	Prima	US\$
	<input type="checkbox"/> Semestral	Cobertura opcional	US\$
	<input type="checkbox"/> Trimestral	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 Dominicana, S.A.
 Banco Popular Dominicano, Cuenta de Ahorros # 745108159

Método de pago: Opción 3

Tarjeta de crédito Por favor proporcione la siguiente información:

Yo,

autorizo a Bupa Dominicana, 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

Número de RNC

Tipo de Factura

Nombre de Empresa

Factura con Valor Fiscal Factura Gubernamental

Teléfono

Factura Consumidor Final Factura Regímenes Especiales

Dirección

Débito automático para renovaciones futuras: Sí No

Con mi firma en este documento autorizo a Bupa Dominicana, 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 Dominicana, 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 Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill, No. 1099 Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini • Santo Domingo, República Dominicana
 Tel: (809) 955 2555 • bupadominicana@bupalatinamerica.com • www.bupasalud.com

