



GLOBAL HEALTH PLANS

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

BUPA BOLIVIA

GLOBAL HEALTH PLANS

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

Esta solicitud debe ser completada por nuevos asegurados o asegurados existentes de Bupa Global.

CÓMO USAR ESTE FORMULARIO

Para ayudarle a completar fácilmente este formulario, lo hemos dividido en secciones claramente enumeradas. Con el fin de evitar reescribir un mismo nombre, estos íconos **AT** **1** **2** **3** **4** representarán a la persona que usted describe en este formulario.

Cuando usted vea **AT** necesita proporcionar la información del Asegurado Titular y/o Contratante, y los números del **1** al **4** se refieren a los dependientes que se incluirán en la póliza.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRAS MAYÚSCULAS, CON TINTA NEGRA Y LETRA CLARA.

Una vez completado, puede escanear y enviar su formulario a: bolivia@bupa.com.bo; sin embargo, recuerde que el original firmado y su documentación de identificación deben ser recibidos en nuestras oficinas ubicadas en Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005, Edificio Spazio, Oficina 201 - 203, Santa Cruz, Bolivia, para que su póliza pueda ser emitida.

Por favor asegúrese de proporcionarnos la información completa y precisa en este formulario de solicitud para cada uno de los integrantes.

Todas las secciones deben ser completadas por el Asegurado Titular y/o Contratante de la póliza.

Es importante que una vez complete este formulario y antes de firmarlo, lo lea y se asegure que la información esté correcta y completa. El proceso de evaluación y emisión podrá iniciarse sólo si la solicitud ha sido llenada completamente y no contiene tachaduras ni enmendaduras y su documentación ha sido recibida.

Esperamos poder darle la bienvenida como cliente de Bupa Global. Bupa o Bupa Global se refiere a Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

PARA NUEVOS ASEGURADOS

Por favor complete de la sección 2 a la 10 y la sección 13.
Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 11.
El agente de seguros debe llenar y firmar la sección 12.

PARA ASEGURADOS ACTUALES

Existen cambios que usted puede realizar a su plan completando este formulario. Asegúrese de leer, firmar y escribir la fecha del Consentimiento en la sección 11.

Para cambiar sus datos de contacto:

Usted debe notificarnos de cualquier cambio en su información de contacto para que podamos asegurar que reciba correspondencia importante.

- Complete las secciones 1 a la 3, si corresponden.
- Complete la sección 9, si corresponde.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 11.

Para agregar un nuevo integrante a su plan:

- Complete la sección 1 y de la 5 a la 7.
- Complete las secciones 9 y 10, si corresponden.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 11.

Para cambiar de cobertura (sólo dentro de la gama Global Health Plans):

- Complete la sección 1 y de la 6 a la 8.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 11.

Para hacer cambios a su forma de pago:

- Complete las secciones 1 y 13.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 11.

Bupa Insurance (Bolivia) S.A. se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si requiere información adicional. Esta solicitud no es válida si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco.

CÓDIGO 201-9347103-2021 01 027 3001

R.A. 1404/2021

PÓLIZA NUEVA DEPENDIENTE ADICIONAL CAMBIO

Fecha solicitada de cobertura

DD/MM/AAAA

1 ASEGURADO TITULAR: DETALLES DE PÓLIZA EXISTENTE

AT

Número de póliza

2 INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

PERSONA FÍSICA: DATOS PERSONALES

Llenar si el Contratante y el Asegurado Titular es el mismo. La cobertura iniciará en la fecha de vigencia que se especifique en el Certificado de Cobertura en caso de aprobarse la póliza.

Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso		Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura		Mts.
Nombres										
Apellidos										
Nacionalidad					País de residencia					
Tipo de Identificación					Número y extensión					
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA				Ocupación o profesión					
Actividad económica					Lugar de trabajo					
Cargo				Fecha ingreso trabajo	DD/MM/AAAA		Ingresos			
Dirección de trabajo										
Referencias personales/comercial										

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a).

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

¿El solicitante es una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? Sí No

¿Tiene parentesco con una PEP? Sí No ¿Es asociado cercano de una PEP? Sí No

PERSONA JURÍDICA

Razón social					NIT					
Tipo de sociedad					No. de matrícula					
Nombre del apoderado legal										
Actividad principal										
Domicilio principal										

DATOS DE CONTACTO

Dirección							Años en el domicilio		
Ciudad					Provincia				
País					Teléfono de residencia				
Correo electrónico					Teléfono móvil				

Status de residencia y ciudadanía: ¿Es usted ciudadano(a) o residente permanente de los EE.UU.? 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

3 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

AT

DATOS PERSONALES

Completar sólo si es diferente a la información del Contratante

Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso		Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura		Mts.	
Nombres											
Apellidos											
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA			Nacionalidad							
Ocupación o profesión											
Tipo de identificación				Número y extensión							

*Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a)

DATOS DE CONTACTO

AT

Completar sólo si es diferente a la información del Contratante

Dirección							Años en el domicilio	
Ciudad					Provincia			
País					Teléfono de residencia			
Correo electrónico								

Status de residencia y ciudadanía:

¿Es usted ciudadano(a) o residente permanente de los EE.UU.? 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

¿Viven todos los dependientes en la misma dirección indicada arriba? Sí No Si respondió "No", explique:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

4 REDUCCIÓN MUNDIAL DEL CONSUMO DE PAPEL

AT

En Bupa Global hacemos lo posible por proteger el medio ambiente. Por ello animamos a nuestros asegurados a elegir la vía digital. De esta forma el asegurado acepta recibir todos sus documentos y correspondencia enviada por nosotros a través de www.bupalud.com. Por favor confirme que nos ha proporcionado una dirección de correo electrónico válida para poder contactarle. Esto quiere decir que usted y sus dependientes no recibirán copias impresas. En caso de necesitar documentos impresos, por favor marque el recuadro.

5 INTEGRANTES ADICIONALES EN LA PÓLIZA

Nombres											1
Apellidos											
Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso		Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura		Mts.	
Nacionalidad				País de residencia							
Tipo de Identificación				Número y extensión							
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA			Ocupación o profesión							
Relación con el Asegurado Titular				Correo electrónico							

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a). Indique en Ocupación o profesión si el dependiente es estudiante.

Si esta adición es de un recién nacido después de los 90 días de nacido, por favor responda la siguiente pregunta:

¿Nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí No

Nombres											2
Apellidos											
Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso		Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura		Mts.	
Nacionalidad				País de residencia							
Tipo de Identificación				Número y extensión							
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA			Ocupación o profesión							
Relación con el Asegurado Titular				Correo electrónico							

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a). Indique en Ocupación o profesión si el dependiente es estudiante.

Si esta adición es de un recién nacido después de los 90 días de nacido, por favor responda la siguiente pregunta:

¿Nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí No

5 INTEGRANTES ADICIONALES EN LA PÓLIZA (CONTINUACIÓN)

Nombres									3	
Apellidos										
Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso		Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura		Mts.
Nacionalidad				País de residencia						
Tipo de Identificación				Número y extensión						
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA			Ocupación o profesión						
Relación con el Asegurado Titular				Correo electrónico						

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a). Indique en Ocupación o profesión si el dependiente es estudiante.

Si esta adición es de un recién nacido después de los 90 días de nacido, por favor responda la siguiente pregunta:
¿Nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí No

Nombres									4	
Apellidos										
Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso		Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura		Mts.
Nacionalidad				País de residencia						
Tipo de Identificación				Número y extensión						
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA			Ocupación o profesión						
Relación con el Asegurado Titular				Correo electrónico						

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a). Indique en Ocupación o profesión si el dependiente es estudiante.

Si esta adición es de un recién nacido después de los 90 días de nacido, por favor responda la siguiente pregunta:
¿Nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí No

Marque aquí si alguna de estas personas tiene una dirección diferente o desea agregar a más personas.

Nota: Todo solicitante de 65 años o más debe presentar un formulario de Declaración Médica y anexar el resultado de los estudios solicitados.

6 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)	

6 CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

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/preeclamsia)? 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

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 paraplejia, entre otros).			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)			

6 CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

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)	
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 CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

INFORMACIÓN ADICIONAL

Complete esta sección si ha respondido en forma afirmativa a cualquier pregunta médica del 1 al 16. 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.

- (a) Describa la enfermedad o problema médico, indicando la zona del cuerpo afectada (por ejemplo, la pierna derecha, el ojo izquierdo).
- (b) Describa el tipo de tratamiento (médico, quirúrgico, rehabilitación) y el resultado (en curso, completado en recuperación, recurrente, probable que se repita)
- (c) Para farmacoterapia, incluya nombre del medicamento, fecha de inicio, cantidad y frecuencia.

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

Nombre del solicitante					
No. de la pregunta	Enfermedad o problema médico (a)				
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					
Nombre del solicitante					
No. de la pregunta	Enfermedad o problema médico (a)				
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					
Nombre del solicitante					
No. de la pregunta	Enfermedad o problema médico (a)				
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					
Nombre del solicitante					
No. de la pregunta	Enfermedad o problema médico (a)				
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					

HISTORIAL MÉDICO

Exámenes médicos: ¿Ha tenido alguno de 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	DD/MM/AAAA
Resultado: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Si es anormal, favor explique				

Hábitos: ¿El Solicitante y/o Dependiente(s) fuma cigarrillos o consume productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Sí No Si respondió "Sí", explique abajo.

Nombre	Tipo	Cuanto tiempo	Cantidad/día
--------	------	---------------	--------------

Historial familiar: ¿Tiene el Solicitante y/o Dependiente(s) historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? Sí No Si respondió "Sí", explique abajo.

Solicitante	Familiar con el desorden				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 MÉDICO TRATANTE

Si el Solicitante y/o cualquiera de sus Dependientes tienen un médico tratante, por favor incluya los datos.

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	
Nombre del solicitante				
Nombre del médico				
Especialidad			Teléfono	
Nombre del solicitante				

8 ELIJA SU PLAN

AT

Para obtener el detalle de la cobertura del plan que ha elegido, consulte las Condiciones Generales y las Tablas de Beneficios correspondientes.

Producto	Deducibles				
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5
	Dentro/Fuera de Bolivia	Dentro/Fuera de Bolivia	Dentro/Fuera de Bolivia	Dentro/Fuera de Bolivia	Dentro/Fuera de Bolivia
<input type="checkbox"/> Major Medical	<input type="checkbox"/> US\$10,000/ US\$10,000	<input type="checkbox"/> US\$20,000/ US\$20,000			
<input type="checkbox"/> Select	<input type="checkbox"/> US\$250/ US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$2,000/ US\$2,000	<input type="checkbox"/> US\$5,000/ US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$10,000/ US\$10,000	
<input type="checkbox"/> Premier	<input type="checkbox"/> US\$250/ US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$2,000/ US\$2,000	<input type="checkbox"/> US\$5,000/ US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$10,000/ US\$10,000	
<input type="checkbox"/> Elite	<input type="checkbox"/> US\$250/ US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$2,000/ US\$2,000	<input type="checkbox"/> US\$3,500/ US\$3,500	<input type="checkbox"/> US\$5,000/ US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$10,000/ US\$10,000
<input type="checkbox"/> Ultimate	<input type="checkbox"/> US\$0/ US\$0	<input type="checkbox"/> US\$1,000/ US\$1,000			

9 DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

AT

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.

Apellido paterno			
Apellido materno			
Nombres			
Tipo de identificación		Número y extensión	
Apellido paterno			
Apellido materno			
Nombres			
Tipo de identificación		Número y extensión	
Apellido paterno			
Apellido materno			
Nombres			
Tipo de identificación		Número y extensión	

10 INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

AT

Si el Solicitante y/o Dependiente(s) cuentan actualmente con cobertura de gastos médicos mayores con otra compañía y mantendrán dicha cobertura, por favor marque aquí y complete la siguiente información:

Nombre de la compañía			
Número de póliza			
Fecha de renovación	DD/MM/AAAA	Valor del deducible	

11 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			
Apellidos			
Tipo de identificación		Número y extensión	

12 CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR SU INFORMACION MEDICA

AT

PROTECCION DE DATOS PERSONALES

Bupa Bolivia, S.A. hace de su conocimiento que hará tratamiento de los datos personales que usted proporcione, para las actividades y finalidades indicados en su aviso de privacidad correspondiente al producto al que se refiere esta solicitud, documento que está publicado en: www.bupasalud.com.bo.

Salvo que el Asegurado Titular y/o la persona o entidad que firma este formulario de solicitud obligándose además 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 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 Aseguradora 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 la Aseguradora S.A. con el Asegurado Titular y/o 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 la Aseguradora 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 la Aseguradora 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 Asegurado Titular y/o el Contratante firmantes de este formulario de solicitud declara(n) que cuando menos uno de ellos (ambos) es (son), según corresponda, representante(s) legal(es) o tutor(es) de las personas que son nombradas/presentadas como dependientes o beneficiarios del Asegurado Titular en este documento, o bien que alternativamente a tener dicha condición ha(n) obtenido el consentimiento/autorización previa, válida, suficiente y explícita de sus respectivos dependientes y/o beneficiarios representados, a fin de utilizar la información personal de ellos para completar este formulario y seguidamente presentarlo a la Aseguradora, incluyendo información personal de salud.

CONSENTIMIENTO Y DECLARACIONES

El Asegurado Titular que como firma este documento declara:

1. Tener pleno conocimiento de que total la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa.
2. Ser el representante legal de las personas nombradas en este formulario de solicitud, o en su defecto haber obtenido su consentimiento previo y expreso para presentar este formulario de solicitud, dar su consentimiento y hacer declaraciones en nombre de ellas.
3. Estar de acuerdo, tanto el Asegurado Titular como todos sus representados en estar obligados por los términos del contrato de póliza solicitado por medio de este documento.
4. Dar consentimiento explícito a la Aseguradora, otorgado en su nombre, así como también a nombre de cualquier otra persona cubierta por la póliza, a la Aseguradora para hacer tratamiento de los datos personales suyos y los de todos sus representados según lo establecido en el Aviso de Privacidad antes referido en este documento.
5. Confirma además haber divulgado el contenido este Aviso de Privacidad antes referido en este documento a sus representados, quienes en todos los casos le manifestaron aceptación explícita con respecto de su contenido.
6. Entender que los beneficios pueden no ser pagados en su totalidad o en absoluto y que el contrato de póliza solicitado puede ser rescindido, en caso de no haber tenido el cuidado de proporcionar debida y correctamente toda la información que es requerida para cumplimentar este formulario de solicitud.
7. Que donde haya proporcionado información a nombre de cualquier otra persona cubierta por el contrato de póliza solicitado, confirma haber comprobado/validado con su respectivo titular, que la información proporcionada es correcta, completa y verdadera, antes de cumplimentarla en este formulario de solicitud.
8. Estar de acuerdo en que las leyes correspondientes en Bolivia son aplicables al contrato de póliza.

El Asegurado Titular que como firma este documento declara que toda la información contenida en este formulario de solicitud es verdadera, exacta y es completa.

El Asegurado Titular declara, (según corresponda a cada caso) ser o el representante legal o el tutor legal de todas las demás personas que son nombradas en este formulario de solicitud, o que alternativamente a dicha condición ha obtenido el consentimiento previo y explícito de sus representados para utilizar sus datos personales a fin completar este formulario y de presentarlo a Bupa Panamá S.A. proporcionando información personal a Bupa Insurance (Bolivia) S.A. El Asegurado Titular declara además que sus representados, además me le han dado consentimiento para hacer declaraciones a nombre de ellos, ante la Aseguradora. El Asegurado Titular declara a nombre suyo y de todos sus representados, que acepta(n) obligarse bajo los términos del contrato de póliza de seguro que se pueda generar a partir de la presentación de esta solicitud a la Aseguradora.

ADVERTENCIAS Y CONDICIONES

En vista de la declaración anterior, es esencial que la información completa sea suministrada. No podremos procesar su solicitud si este formulario está incompleto. Por favor, asegúrese de revisar todo el formulario. Si usted no toma las precauciones necesarias para proporcionarnos la información completa y precisa para completar este formulario de solicitud, podremos tener el derecho de tratar su póliza como si no hubiera existido, o negarnos a pagar la totalidad o parte de una reclamación.

Si usted no toma las precauciones necesarias para proporcionar la información completa y precisa en relación con cualquiera de las otras personas a ser cubiertas por la póliza, esto puede afectar la cobertura de dichas personas.

Le recomendamos que mantenga un registro de toda la información que usted nos proporciona en relación con esta solicitud, incluyendo cualquier otro documento o formulario.

Si usted desea recibir una copia de este formulario de solicitud, por favor solicítelo a la Aseguradora. Este formulario debe ser recibido por la Aseguradora dentro de seis semanas siguientes a la fecha que se firma este documento. De lo contrario, no podremos procesar su solicitud y usted deberá completar y presentar un nuevo formulario.

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Estoy de acuerdo que cualquier cobertura que pueda adquirir en los Estados Unidos o en cualquier otro país, conllevará a la posible terminación de mi cobertura con Bupa Insurance (Bolivia) S.A. Además, deberé informar a Bupa Insurance (Bolivia) S.A. si yo o cualquiera de mis dependientes bajo la póliza, nos hemos convertido en residentes permanentes de los Estados Unidos de América o cualquier otro país distinto a 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.

Si cualquiera de los asegurados requiere cuidado o tratamiento médico después de que la solicitud de contrato de póliza de seguro ha sido firmada, pero antes de la fecha efectiva de la póliza, deberá proporcionar detalles completos a Bupa Insurance (Bolivia) S.A. para la aprobación final antes de que la cobertura se haga efectiva. En caso de que la póliza fuese aprobada durante este periodo, Bupa Insurance (Bolivia) S.A. se reserva el derecho de modificar las condiciones de aprobación de la póliza y/o la fecha efectiva de la misma.

Queda entendido y convenido que Bupa Insurance (Bolivia) S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Firma del Asegurado Titular		Fecha	DD/MM/AAAA
Nombre del Asegurado Titular			
Firma del Contratante		Fecha	DD/MM/AAAA
Nombre del Contratante			

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR SU INFORMACION MEDICA

Si usted tiene alguna inquietud o queja, puede comunicarse con un ejecutivo de atención al cliente al teléfono (591-3) 342 4264. También puede contactarnos a través de www.bupalud.com/MiBupa o le podremos atender en nuestras oficinas ubicadas en:

Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005,
Edificio Spazio, Oficina 201 - 203
Santa Cruz, Bolivia

13 RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN (PARA SER LLENADO POR EL AGENTE)

Los agentes de seguros deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar un seguro, sobre el alcance real de su cobertura y forma de conservarla o darla por terminada. Asimismo proporcionarán a la institución de seguros la información auténtica que sea de su conocimiento relativa al riesgo cuya cobertura se proponga a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas. En el ejercicio de sus actividades deberán apegarse a la información que proporcionen las instituciones para este efecto, así como a sus tarifas, pólizas, endosos, planes de seguros y demás circunstancias técnicas utilizadas por las instituciones de seguros.

Los agentes de seguros no podrán intervenir en la contratación de los seguros que determine el reglamento respectivo, cuando su intervención pueda implicar situaciones de coacción o falta a las prácticas profesionales generalmente aceptadas en el desarrollo de la actividad. Los agentes, intermediarios o consultores de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas. Como agente, acepto completa responsabilidad por la presentación de esta solicitud, el envío de todas las primas cobradas por mi conducto, y la entrega de la póliza cuando sea emitida. Así mismo hago constar que he explicado al asegurado los alcances y condiciones generales de este seguro.

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

Clave del agente		Nombre	
Fecha	DD/MM/AAAA	Firma	

MODALIDAD DE LA PÓLIZA: ANUAL SEMESTRAL

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 1

CHEQUE DE CAJA CHEQUE PERSONAL
 GIRO BANCARIO DEPÓSITO EN CUENTA

PARA DEPÓSITO EN CUENTA:

Banco de Crédito de Bolivia S.A.
 Cuenta No. 701-5054103-2-72

NO ENVIAR EFECTIVO. El pago debe ser emitido a nombre de BUPA Insurance Bolivia S.A.

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 2

 TRANSFERENCIA BANCARIA**BANCO INTERMEDIARIO:**

Bank of America
 New York, U.S.A.
 SWIFT: BOFAUS3M
 ABA: 066007681

BANCO PAGADOR EN BOLIVIA:

Banco de Crédito de Bolivia S.A.
 SWIFT: BCPLBOLX
 Para crédito final a BUPA Insurance Bolivia S.A.
 Cuenta corriente No. 701-5054103-2-72

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 3

 TARJETA DE CRÉDITO

Yo, el tarjetahabiente, por medio de la presente autorizo a Bupa Insurance (Bolivia) S.A. a que por conducto del banco de su elección y con base en el (los) contrato (s) de apertura de crédito o débito que respaldan mi tarjeta afiliada Visa y/o MasterCard, American Express, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas de la Póliza contratada. El cargo se realizará en dólares americanos, por lo cual me comprometo a mantener saldo suficiente en mi cuenta para que se cubran las obligaciones de pago a mi cargo, dándome por enterado que dichos pagos se realizarán con base en el inicio de vigencia de la póliza, forma de pago seleccionado y en la periodicidad elegida. En caso de no registrarse el (los) cargo(s) en mi estado de cuenta bancario, es mi obligación notificar a Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

Declaro que estoy enterado y de acuerdo con que Bupa Insurance (Bolivia) S.A. dejará de prestarme el servicio contratado además de las señaladas en el contrato de seguro y una vez transcurrido el periodo de gracia, también por:

1. Cancelación o cambios en el instrumento bancario no notificado a Bupa Insurance (Bolivia) S.A.
2. Por rechazo bancario.
3. Cancelación de la póliza por falta de pago

TARJETA:



Tarjeta de crédito No.

Fecha de expiración

MM/AAAA

Correo electrónico

Código de seguridad

Dirección del tarjetahabiente

Si las condiciones de la póliza prevén futuras modificaciones (renovaciones, altas, etc.) en el importe, acepto que los cargos en mi cuenta se realicen con la nueva cantidad previo conocimiento acerca del incremento a las tarifas que realice Bupa Insurance (Bolivia) S.A. Para evitar la cancelación de la póliza en referencia, todos los cargos podrán ser realizados hasta con dos días hábiles de anticipación a la fecha de inicio de cada parcialidad. Entiendo que el contratante de la póliza es la única persona que se reserva el derecho de optar por otro instrumento de pago o cancelar la autorización de los cargos automáticos cuando así lo desee, previa notificación por escrito a Bupa Insurance (Bolivia) S.A., con 15 días de anticipación a la fecha de inicio de cada parcialidad.

Reconozco que si el cargo directo de cualquier prima de seguro de mi tarjeta de crédito es denegado, es mi responsabilidad personal pagar inmediatamente las primas de mi póliza de gastos médicos mayores dentro de los 30 días siguientes a partir de la fecha de emisión, o mi póliza será cancelada en términos de lo dispuesto por la ley.

Firma del tarjetahabiente

Fecha

DD/MM/AAAA

INFORMACIÓN DEL PAGADOR (SI DIFIERE DEL ASEGURADO TITULAR): DATOS PERSONALES

Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>
Nombres			
Apellidos			
Nacionalidad		País de residencia	
Tipo de identificación		Número y extensión	
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA	Ocupación o profesión	
Actividad económica		Lugar de trabajo	
Cargo		Fecha ingreso trabajo	DD/MM/AAAA Ingresos
Dirección de trabajo			
Referencias personales/comerciales			

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a).

Información PEP (Persona Expuesta Políticamente)

(Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público en Bolivia u otro país, figuras prominentes de partidos políticos, ejecutivos que pertenezcan al Estado u Organismos Internacionales, personas que hubieren alcanzado fama y notoriedad en actividades científicas, profesionales, artísticas, culturales, deportivas y otras.)

¿El solicitante es una PEP? Sí No

¿Tiene parentesco con una PEP? Sí No

¿Es asociado cercano de una PEP? Sí No

DETALLES SOBRE EL PAGO

Asegurado Titular					
Parentesco con el Asegurado Titular:					
<input type="checkbox"/>	Mismo	<input type="checkbox"/>	Padre/Madre	<input type="checkbox"/>	Hermano(a)
<input type="checkbox"/>	Nieto(a)	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Hijo(a)
<input type="checkbox"/>	Abuelo(a)	<input type="checkbox"/>	Representante Legal	<input type="checkbox"/>	Otro:

El agente de seguros se obliga a verificar los datos de la tarjeta de crédito responsabilizándose de éstos. Solicitamos fotocopia por ambos lados de la identificación del titular de la tarjeta de crédito.

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto están registradas ante la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros APS, en virtud de la Resolución Administrativa APS/DS/N° de fecha

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO

Bupa Insurance (Bolivia) S.A.
Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005
Edificio Spazio, Oficina 201 - 203
Santa Cruz, Bolivia
Tel: (591-3) 342 4264
www.bupalud.com/MiBupa