



GLOBAL HEALTH PLANS

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

BUPA DOMINICANA

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.

Asegurado Titular: La persona a nombre de quien se emite la póliza, quien está facultada para recibir el reembolso de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada.

Contratante/Pagador: La persona que firma esta solicitud y que se obliga al pago de la prima. Puede o no ser el Asegurado Titular.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

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

Una vez completado, puede escanear y enviar su formulario a: bupadominicana@bupalatinamerica.com; sin embargo, recuerde que el original firmado y su documentación de identificación deben ser recibidos en nuestras oficinas ubicadas en Av. Winston Churchill, No. 1099, Acrópolis Center, 3er Nivel Piantini, Santo Domingo, República Dominicana, 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. Por favor proporcione copia de la cédula de identidad y electoral, o su equivalente en otro país, y/o pasaporte para cada solicitante.

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 Dominicana, 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, intermediario o consultor 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 Dominicana, 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.

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.

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

AT

PERSONA FÍSICA: DATOS PERSONALES

La cobertura iniciará en la fecha de vigencia que se especifique en la Carátula de su Póliza en caso de ser aprobada.

Estado civil: Soltero Casado Sexo: Masculino Femenino Peso en Lbs. Estatura en Pies

Nombres

Apellidos

Nacionalidad

País de residencia

Tipo de Identificación

Número

Fecha de nacimiento

DD/MM/AAAA

País de nacimiento

Actividad comercial

¿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

Denominación o razón social

Inscripción en el Registro Mercantil: Fecha

DD/MM/AAAA

Número

RNC

Actividad principal que realiza

Volumen de ingresos/facturación anual

Representante legal

Tipo de identificación

Número

DATOS DE CONTACTO

Dirección de residencia

Años en el domicilio

Código postal

Ciudad

Provincia

País

Teléfono(s)

Correo electrónico

Teléfono móvil

Lugar de trabajo: Nombre

Teléfono(s)

3 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

AT

DATOS PERSONALES (COMPLETAR SÓLO SI ES DIFERENTE A LA INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE).

Estado civil: Soltero Casado Sexo: Masculino Femenino Peso en Lbs. Estatura en Pies

Nombre

Apellidos

Fecha de nacimiento

DD/MM/AAAA

País de nacimiento

Nacionalidad

Actividad comercial

Tipo de identificación

Número

¿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

DATOS DE CONTACTO DEL ASEGURADO TITULAR

AT

Completar sólo si es diferente a la información del Contratante

Dirección de residencia			
Años en el domicilio		Código postal	Ciudad
Provincia		País	Teléfono(s)
Correo electrónico			Teléfono móvil
Lugar de trabajo: Nombre			Teléfono(s)

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: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Peso en Lbs.		Estatura en Pies	
Nacionalidad		País de residencia			
Tipo de Identificación		Número			
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA	Profesión u ocupación			
Relación con el Asegurado Titular		Correo electrónico			

Indique en Profesión u ocupación si el dependiente es estudiante.

Si esta adición es de un recién 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: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Peso en Lbs.		Estatura en Pies	
Nacionalidad		País de residencia			
Tipo de Identificación		Número			
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA	Profesión u ocupación			
Relación con el Asegurado Titular		Correo electrónico			

Indique en Profesión u ocupación si el dependiente es estudiante.

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

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

Nombres				3	
Apellidos					
Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>	Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Peso en Lbs.		Estatura en Pies	
Nacionalidad		País de residencia			
Tipo de Identificación		Número			
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA	Profesión u ocupación			
Relación con el Asegurado Titular		Correo electrónico			

Indique en Profesión u ocupación si el dependiente es estudiante.

Si esta adición es de un recién 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)

4

Nombres							
Apellidos							
Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/>		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Peso en Lbs.		Estatura en Pies	
Nacionalidad			País de residencia				
Tipo de Identificación			Número				
Fecha de nacimiento		DD/MM/AAAA		Profesión u ocupación			
Relación con el Asegurado Titular			Correo electrónico				
<p>Indique en Profesión u ocupación 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Marque aquí si alguna de estas personas tiene una dirección diferente o desea agregar a más personas. <input type="checkbox"/></p> <p>Nota: Todo solicitante de 65 años o más debe presentar un formulario de Declaración Médica y anexar el resultado de los estudios solicitados.</p>							

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.

1	Desórdenes de los ojos, oídos, nariz, garganta o padecimientos dentales, como: cataratas, glaucoma, retinopatía, deterioro visual, sordera, infecciones recurrentes del oído, amigdalitis, infecciones dentales, caries, problemas con las muelas del juicio o gingivitis, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
2	Desórdenes del corazón o del aparato circulatorio, como: hipertensión arterial, colesterol alto, angina de pecho, arritmia, evento vascular cerebral, aneurisma, venas varicosas o trombosis venosa, entre otras.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
3	Desórdenes endocrinos (glandulares) o del metabolismo, como: diabetes (tipo 1 o tipo 2), problemas de tiroides, obesidad o síndrome de Cushing, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
4	Desórdenes respiratorios o pulmonares, como: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, bronquitis, tuberculosos o alergias (incluyendo fiebre del heno y anafilaxia), entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
5	Desórdenes del esófago, estómago, intestinos, hígado, páncreas o bazo, como: enfermedad por reflujo, gastritis, esofagitis, esófago de Barrett, enfermedades de la vesícula, úlceras, colon irritable, colitis ulcerativa crónica, enfermedad diverticular, hemorroides, pancreatitis, hepatitis, cirrosis, cálculos biliares o hernias, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
6	Desórdenes renales o del sistema urinario, como: cálculos renales, insuficiencia renal, infecciones urinarias recurrentes, incontinencia, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
7	Desórdenes musculares o esqueléticos, como: artritis, lumbalgia, padecimientos de la columna vertebral, padecimientos del cuello/hombro, fracturas, esquiñes, osteoporosis, gota, padecimientos de las rodillas, del cartilago o ligamentos, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
8	Desórdenes de la sangre, trastornos infecciosos, trastornos inmunológicos, como: análisis de sangre anormales, anemia, hepatitis, VIH/SIDA, malaria, lupus eritematoso sistémico, púrpura trombocitopénica, talasemia, o cualquier trastorno autoinmune, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
9	Cáncer, tumores de cualquier tipo o condiciones precancerosas, como: pólipos, crecimientos, nódulos mamarios, quistes o lipomas, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	

6 CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

10	Desórdenes de la piel, como: eccema, dermatitis, erupciones cutáneas, psoriasis, acné, quistes, lunares o condiciones alérgicas, entre otros.			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s) _____			
11	Desórdenes cerebrales o del sistema nervioso, como: demencia, migraña, dolores de cabeza frecuentes, parálisis, esclerosis múltiple, epilepsia/ crisis convulsivas, neuralgias (incluyendo dolor ciático y el herpes zóster) o meningitis, entre otros.			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s) _____			
12	Desórdenes psiquiátricos o trastornos psicológicos, como: esquizofrenia, trastornos alimenticios, depresión, déficit de atención, ansiedad o dependencia a las drogas o al alcohol, entre otros.			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s) _____			
13	Desórdenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo.			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s) _____			
14	Cirugía cosmética, como cirugía de aumento/reducción de mama o rinoplastia, entre otras.			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s) _____			
15	¿Está actualmente bajo tratamiento médico y/o rehabilitación?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s) _____			
16	¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s) _____			
17	¿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) _____			
18	PREGUNTAS EXCLUSIVAS PARA MUJERES			
a	¿Está embarazada?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s) _____			
b	¿Ha tenido complicaciones del embarazo? Pre-Eclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s) _____			
c	¿Ha tenido algún embarazo ectópico? Fecha:		DD/MM/AAAA	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s) _____			
d	¿Ha tenido algún legrado? Fecha:		DD/MM/AAAA	¿De qué tipo? _____
	Nombre de la(s) solicitante(s) _____			
e	¿Ha tenido algún aborto? Fecha:		DD/MM/AAAA	¿Causa? _____
	Nombre de la(s) solicitante(s) _____			
f	¿Ha tenido alguna cesárea? Fecha:		DD/MM/AAAA	¿Causa? _____
	Nombre de la(s) solicitante(s) _____			
g	¿Ha tenido algún tratamiento de fertilidad/infertilidad? Fecha:		DD/MM/AAAA	¿Causa? _____
	Nombre de la(s) solicitante(s) _____			
h	¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo femenino (ovarios, matriz o glándulas mamarias), como: infección por virus del papiloma, enfermedad inflamatoria pélvica, menstruaciones abundantes o irregulares, fibromas, endometriosis, infertilidad, citologías anormales, ovarios poliquísticos, etc.?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s) _____			
19	PREGUNTA EXCLUSIVA PARA HOMBRES			
a	¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo masculino: prostatitis, hiperplasia prostática benigna, infertilidad y padecimientos de los testículos, glándulas mamarias, entre otros?			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 19. Por favor 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.

Marque aquí si necesita más espacio y utilizó una hoja aparte.

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 Anormal 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"/>	

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			

8 PRODUCTO Y PLAN A CONTRATAR

Producto:			
Deducible:			
Opción 20% coaseguro fuera de República Dominicana <input type="checkbox"/>			

9 BENEFICIARIO

AT

En caso que el beneficiario del seguro se encuentre impedido por cualquier causa para recibir el reembolso de los gastos médicos incurridos, se designa como beneficiario contingente para que reciba los pagos correspondientes en su nombre y representación a:

Apellido paterno			
Apellido materno			
Nombres			
Tipo de identificación		Número	
Telefono		Correo electrónico	

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	

AVISO DE PRIVACIDAD

BUPA DOMINICANA, S.A. (en adelante “la Aseguradora”), de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, su Reglamento, emite el presente Aviso de Privacidad en los siguientes términos:

La Aseguradora, con domicilio en Av. Winston Churchill, No. 1099, Acrópolis Center, 3er Nivel Piantini, Santo Domingo, República Dominicana, hace de su conocimiento que tratará los datos personales que usted proporcione con identificación de los datos sensibles, para los fines indicados en el presente Aviso de Privacidad.

El tratamiento de datos personales del Asegurado Titular, incluyendo los datos personales sensibles que en su caso lleguemos a recabar, y salvo que el Asegurado Titular disponga lo contrario tiene como finalidad el desarrollo de nuevos productos y servicios, asesoría, comercialización, promoción, contratación y colocación de todo tipo de productos de seguros contratados por usted o la empresa que representa y otras obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica y comercial entre el Asegurado Titular y la Aseguradora, para:

1. La evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, la emisión del contrato de seguro, trámite de solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, información estadística, evaluar la calidad en el servicio, informarle de todos los beneficios de su póliza, otorgarle los servicios que puede usted obtener por la descarga de aplicaciones tecnológicas (“Apps”) en su(s) aplicativo(s) móvil(es) (“apps”), así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable, y compartir su información con los agentes, intermediarios o consultores de seguros de acuerdo a las necesidades derivadas del cumplimiento del contrato.
2. Hacer de su conocimiento la gama de nuevos productos y servicios, así como beneficios, descuentos, promociones, estudios de mercado, sorteos, notificaciones sobre cambio en condiciones y en general toda la publicidad derivada de los servicios que ofrece la Aseguradora, y/o las empresas afiliadas y subsidiarias.
3. Análisis de uso de nuestros productos y servicios.
4. El cumplimiento de nuestros términos y condiciones en la prestación de nuestros servicios.

Los datos sensibles que se pudieran recabar podrán ser utilizados para la identificación de riesgo en la contratación y diseño de productos de seguros.

Desde este momento por la contratación de los servicios que la Aseguradora ofrece, o por una simple solicitud o cotización de dichos servicios, se entiende que usted, titular de los datos tanto personales como sensibles, al momento de firmar el presente Aviso de Privacidad, está otorgando de manera expresa su consentimiento para la transmisión de dichos datos a:

1. Las empresas afiliadas y subsidiarias o socios comerciales de la Aseguradora, a nivel internacional.
2. Terceros proveedores de servicios para el cumplimiento de las obligaciones legales adquiridas por la Aseguradora, o por cualquiera de las empresas afiliadas y subsidiarias, incluyendo los proveedores de servicios de investigación, análisis de datos, envío de información enfocada a las necesidades del titular de datos personales, así como en la realización de otros servicios financieros necesarios o requeridos por el titular de datos personales. Los terceros y las entidades receptoras de datos personales, asumen las mismas obligaciones y/o responsabilidades de la Aseguradora, de conformidad con lo descrito en el presente Aviso de Privacidad.
3. Autoridades financieras, dominicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales como institución de seguros, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.
4. Autoridades judiciales, dominicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a la ley, notificaciones, requerimientos u oficios de carácter judicial.
5. Instituciones, organizaciones o entidades del sector asegurador, para fines de prevención de fraude y selección de riesgos.

La revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada en el presente Aviso de Privacidad o a través de un correo electrónico enviado a la dirección privacidad@bupalatinamerica.com.

Cualquier cambio al presente Aviso de Privacidad, le será informado a través de avisos en el portal de Internet de la Aseguradora, www.bupalat.com, o mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted. En todo caso, recomendamos visite la página de Internet antes citada frecuentemente.

Los datos que se recaban por este medio serán tratados conforme a las disposiciones previstas por la ley. La confidencialidad de estos datos está garantizada y protegida para evitar su uso o divulgación indebida.

He leído y me doy por enterado del presente Aviso de Privacidad; de igual forma, estoy de acuerdo en todos sus términos.

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA

CONSENTIMIENTO Y DECLARACIONES

Tengo pleno conocimiento que la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa.

Soy el representante legal de las personas nombradas en este formulario de solicitud, o he obtenido su consentimiento previo y expreso para presentar este formulario de solicitud, dar su consentimiento y hacer declaraciones en su nombre.

Estoy de acuerdo en estar obligado por los términos de la póliza de mi plan de salud (y para la cobertura proporcionada a cualquier otra persona que deba ser cubierta por esta póliza).

Doy mi consentimiento explícito, en mi nombre y el de cualquier otra persona cubierta por la póliza, a la Aseguradora para procesar los datos personales

según lo establecido en el Aviso de Privacidad anteriormente citado y a la política de privacidad de Bupa Global. Confirmando que he divulgado este Aviso de Privacidad a estas personas.

Entiendo que los beneficios pueden no ser pagados en su totalidad o en absoluto y mi póliza puede ser rescindida, si no tengo el cuidado de proporcionar la información requerida en este formulario de solicitud. Donde haya proporcionado información a nombre de cualquier otra persona cubierta por la póliza, confirmo que he comprobado con ellos que la información es correcta antes de completar el formulario de solicitud. Estoy de acuerdo que las leyes correspondientes en la República Dominicana se aplicarán a la póliza.

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA (CONTINUACIÓN)

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 las 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 Dominicana, S.A. Además, deberé informar a Bupa Dominicana, 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 República Dominicana.

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 seguro ha sido firmada, pero antes de la fecha efectiva de la póliza, deberá proporcionar detalles completos a Bupa Dominicana, 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 Dominicana, S.A. se reserva el derecho de modificar las condiciones de aprobación de la póliza y/o la fecha efectiva de la misma.

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

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA QUEJA

Si usted tiene alguna inquietud o queja, puede comunicarse con el Ejecutivo de Servicio al teléfono (809) 955 2555.

También puede enviarnos un correo electrónico o escribirnos a bdominicana@bupalatinamerica.com, o le podremos atender en nuestras oficinas ubicadas en:

Av. Winston Churchill, No. 1099
Acrópolis Center, 3er Nivel Piantini
Santo Domingo, República Dominicana

12 RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN (PARA SER LLENADO POR EL AGENTE, INTERMEDIARIO O CONSULTOR)

Los agentes, intermediarios o consultores 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, intermediarios o consultores 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, intermediario o consultor, 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 propuestos asegurados.

Código del agente, intermediario o consultor		Fecha	DD/MM/AAAA
Nombre		Firma	

MODALIDAD DE LA PÓLIZA: ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 1

CHEQUE DE CAJA CHEQUE PERSONAL
 GIRO BANCARIO DEPÓSITO EN CUENTA

PARA DEPÓSITO EN CUENTA:

Banco Popular Dominicano, S.A
 Cuenta en dólar estadounidense No. 745108159
 Cuenta en peso dominicano No. 717827885

NO ENVIAR EFECTIVO. El pago debe ser emitido a nombre de Bupa Dominicana, S. A.

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 2

 TRANSFERENCIA BANCARIA**BANCO INTERMEDIARIO:**

Citibank N.A.
 111 Wall Street
 New York, NY 10043
 SWIFT: BPDODOSX
 ABA: 021000089

BANCO BENEFICIARIO:

Banco Popular Dominicano
 República Dominicana
 Para crédito final a Bupa Dominicana, S.A.
 Cuenta No. 745108159

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 3

 TARJETA DE CRÉDITO

Yo, el tarjetahabiente, por medio de la presente autorizo a Bupa Dominicana, 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 Dominicana, S.A.

Declaro que estoy enterado y de acuerdo con que Bupa Dominicana, 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 Dominicana, 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 Dominicana, 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 Dominicana, 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: Soltero Casado Sexo: Masculino Femenino

Nombres

Apellidos

Nacionalidad

País de residencia

Tipo de identificación

Número

Fecha de nacimiento

DD/MM/AAAA

Profesión u ocupación

Actividad económica

Lugar de trabajo

Dirección de trabajo

Teléfono

Correo electrónico

Persona Expuesta políticamente (PEP)

¿El solicitante es una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? Sí No¿Tiene parentesco con un PEP? Sí No¿Es asociado cercano de un 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, intermediario o consultor 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.

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO

