

# BUPA CORPORATE CARE FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO PARA SEGURO DE SALUD DE GRUPO



Inscripción del empleado  Dependientes adicionales Fecha de elegibilidad:

Por favor proporcione copia de la cédula de identidad y electoral, o su equivalente en otro país, y/o pasaporte para cada solicitante.

## 1. INFORMACIÓN DEL GRUPO

Nombre del Grupo  ID del Grupo

## 2. INFORMACIÓN PERSONAL

Por favor proporcione la información de todos los asegurados incluidos bajo esta membresía.

Nombre	Ciudadano de los EE.UU.	Relación con el empleado	Estado civil	Fecha de nacimiento	País de nacimiento	Sexo	Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lbs	Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies
Apellidos Nombres	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Asegurado principal		Día/Mes/Año		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Apellidos Nombres	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Día/Mes/Año		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Apellidos Nombres	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Día/Mes/Año		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Apellidos Nombres	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Día/Mes/Año		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Apellidos Nombres	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Día/Mes/Año		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		

\*S – soltero M – casado(a) DP – compañero(a) doméstico(a) D – divorciado(a) W – viudo(a)

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

Si esta solicitud incluye hijos entre **19 años de edad o mas**, ¿es alguno de ellos estudiante a tiempo completo en un colegio o una universidad?  Sí  No  
Si respondió "Sí", favor indique el nombre del colegio o la universidad:

## 3. INFORMACIÓN GENERAL (Asegurado principal)

Tipo de identificación	<input type="text"/>		Número	<input type="text"/>
Actividad comercial	<input type="text"/>			
Dirección residencial	<input type="text"/>			
Ciudad	<input type="text"/>	Estado	<input type="text"/>	País <input type="text"/>
Código postal	<input type="text"/>			
Dirección postal (si es diferente a la anterior)	<input type="text"/>			
Ciudad	<input type="text"/>	Estado	<input type="text"/>	País <input type="text"/>
Código postal	<input type="text"/>			
Por favor envíe correspondencia a:	<input type="checkbox"/> Dirección residencial		<input type="checkbox"/> Dirección postal	
Teléfono residencial	Código del país <input type="text"/>	Código de área <input type="text"/>	Número <input type="text"/>	Teléfono laboral
	Código del país <input type="text"/>	Código de área <input type="text"/>	Número <input type="text"/>	Teléfono celular
	Código del país <input type="text"/>	Código de área <input type="text"/>	Número <input type="text"/>	
Correo electrónico	<input type="text"/>			

## 4. PERSONAS EXPUESTAS POLÍTICAMENTE (PEP)

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

## 5. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

Por favor incluya cualquier otra póliza de seguro de salud vigente o solicitud en proceso con Bupa u otra compañía.

Aseguradora

## RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Certifico que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en este Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo y que, a mi mejor entendimiento están completas y son verdaderas. Entiendo que cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta puede causar que las reclamaciones sean denegadas, y que la póliza sea modificada, rescindida o cancelada. Si cualquier asegurado requiere cuidado o tratamiento médico después de que tanto el Formulario de Inscripción del Empleado para Seguro de Salud de Grupo como el Suplemento Médico han sido firmados, pero antes de la fecha efectiva de esta membresía, proporcionaré a Bupa los detalles completos para la aprobación final antes de que la cobertura sea emitida.

Estoy de acuerdo en aceptar mi membresía en esta Póliza de Grupo bajo los términos y condiciones como ha sido emitida. Por este medio autorizo al representante autorizado por mi empleador para que reciba mi Guía de Referencia para el Empleado, mi Certificado de Membresía y cualquier otro documento relacionado con mi cobertura de seguro.

### AUTORIZACIÓN PARA RECAUDAR Y REVELAR INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD

Por este medio autorizo a Bupa Dominicana S.A. y filiales en Miami ("Bupa") para proporcionar al Administrador del Grupo designado por mi empleador las condiciones de mi póliza, mi certificado de cobertura, cualquier otro documento de seguro y mis registros médicos que puedan contener información de salud protegida. Entiendo que el uso que el Administrador del Grupo haga de mi información de salud protegida está limitado a los documentos del Plan de Grupo, tal como es requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de los Estados Unidos de América.

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 volver 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 deberán ser 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.

Firma del Empleado		Fecha	Día/Mes/Año
Firma del Cónyuge		Fecha	Día/Mes/Año
Firma del representante Autorizado por el Empleador		Título	
Nombre del Representante Autorizado por el Empleador		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 • bdominicana@bupalatinamerica.com • www.bupasalud.com