EVALUACIÓN MÉDICA PARA GRUPOS (GMU) CORPORATIVOS - A PARTIR DE 10 TITULARES

☐ Nuevo Grupo ☐ Adición a Grupo Existente

SECCIÓN 1- Declaración de solicitud y Autorización

La declaración de salud debe indicar toda dolencia y/o enfermedad que haya padecido, padece o que este en vías de investigación a través de estudios diagnósticos, cualquiera de las personas que se indican en esta declaración.
Usted certifica que ha leído y revisado todas las repuestas y declaraciones en este formulario, y que a su mejor entender, están completas y son verdaderas. Usted entiende que cualquier omisión o declaración incorrecta o incompleta puede ser motivo para denegar reclamaciones y para modificar, cancelar o rescindir la póliza. Si cualquiera de los miembros incluidos en este formulario requiere cuidados o tratamiento médico después de haberlo firmado, pero antes de la fecha efectiva de cobertura, usted debe proporcionar los detalles completos a Bupa Insurance Company para aprobación final antes de que la cobertura se haga efectiva. Usted está de acuerdo con aceptar los términos y condiciones de la póliza de grupo tal como ha sido emitida. De lo contrario, usted deberá notificar su desacuerdo por escrito a Bupa Insurance Company durante los diez (10) días después de haber recibido la póliza.
Al firmar y presentar este formulario, usted reconoce, acepta y otorga su consentimiento para que Bupa Insurance Company utilice la información que esta proporcionando incluyendo su información personal, para realizar servicios a los que se refiere la solicitud. Usted acepta y otorga su consentimiento para que Bupa Insurance Company utilice esta información personal de acuerdo con los términos de nuestro Aviso de Privacidad publicado en https://www.bupasalud.com/politica-de-privacidad. Usted reconoce que si usted está incluyendo la información personal de otras personas con Bupa Insurance Company (por ejemplo personas a las que usted representa, personas a ser cubiertas bajo el seguro de grupo, o sus dependientes) usted tiene la autoridad de actuar en nombre de dichas personas, y que ellos le han otorgado a usted su aceptación expresa y su consentimiento con referencia a los términos de nuestro Aviso de Privacidad publicado en https://www.bupasalud.com/politica-de-privacidad para el uso de su información personal tal como se describe en el mismo y que es requerida para llevar a cabo los servicios que usted está solicitando.
Asimismo, por este medio autorizo a Bupa Insurance Company y sus filiales en Miami para revelar a mi intermediario/agente/agencia de seguro 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 mi salud, que les permitirá atender mis preguntas y facilitar la interacción relacionada con mi cobertura de seguro, pagos y reclamaciones. La autorización permanecerá vigente mientras la cobertura esté vigente, incluyendo las renovaciones automáticas.

Nombre del Grupo:		Número de Grupo:	
Nombre del Asegurado Titular:		Edad:	
Nombre del Esposo(a):		Edad:	
Nombre del Hijo(a):		Edad:	
Nombre del Hijo(a):		Edad:	
Nombre del Hijo(a):		Edad:	
Nombre del Hijo(a):		Edad:	
Nombre del Hijo(a):		Edad:	

SECCIÓN 2 - Cuestionario Médico para Grupos (GMU)

Tenga en cuenta que este formulario no aplica para personas de ≥70 años, y deberán completar el formulario de selección familiar.

1. ¿Alguno de los miembros a asegurar titular y/o dependientes a ser cubiertos por el plan tiene antecedentes pasados o actuales o que este en vías de investigación a través de estudios diagnósticos de algunas de las siguientes condiciones médicas? En caso de que alguna respuesta sea afirmativa, favor completar el formulario en la siguiente sección. 3.A • Cirrosis hepática • Diabetes Mellitus tipo 1 • Diabetes Tipo 2 con complicaciones en otros órganos • Distrofia Muscular • Esclerosis Lateral Amiotrófica • Esclerosis Múltiple • Fibrosis Quística • Insuficiencia Renal Crónica Avanzada • Lupus Eritematoso Sistémico • Miastenia Gravis • Mieloma Múltiple • Obesidad Mórbida • Pancreatitis Crónica • Algún tipo de cáncer, incluyendo tumores cerebrales benignos, tumores malignos en tratamiento y/o metástasis • Desordenes Cardiovasculares, incluyendo ataque cardiaco, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, aneurismas, etc. • Anomalías/Malformaciones Congénitas	☐ Sí ☐ No
2. ¿Alguno de los miembros a asegurar titular y/o dependientes tiene antecedentes actuales y pasados de alguna discapacidad al punto de no poder desarrollar tareas comunes? Si la respuesta es afirmativa, favor completar el formulario en la siguiente sección. 3.B	☐ Sí ☐ No
3. ¿Alguno de los miembros a asegurar titular y/o dependientes ha incurrido en gastos médicos por encima de los $20.000 durante los últimos 2 años? Si la respuesta es afirmativa, favor completar el formulario en la siguiente sección. 3.C	☐ Sí ☐ No

SECCIÓN 3 - Información Adicional

3.A- Detalles de la condición médica del titular y/o dependiente. Favor identificar caso por caso.

	Nombre y apellido del solicitante	Descripción de la condición médica pasada y/o actual y/o que esté en vía de investigación a través de estudios de diagnósticos	Número de casos con ese diagnóstico	Año de ocurrencia
1				
2				
3				
4				
5				

3.B- Detalles de la discapacidad del titular y/o dependiente. Favor identificar caso por caso.

	Nombre y apellido del solicitante	Descripción de la discapacidad	Fecha de Inicio	Pronóstico
1				
2				
3				
4				
5				

3.C- Detalles de gastos médicos por encima de los $20.000 durante los últimos 2 años del titular y/o dependiente. Favor identificar caso por caso.

	Nombre y apellido del solicitante	Descripción del gasto médico	Número de casos con ese diagnóstico	Monto Reclamado USD
1				
2				
3				
4				
5				

Nombre de la Compañía Contratante:		Fecha:	
Nombre y Apellido del Asegurado Titular:		Firma:	

17901 Old Cutler Road, Suite 400, Palmetto Bay, Florida 33157
Tel. +1 (305) 398 8266 • Fax +1 (305) 398 7333 • www.bupasalud.com • corporatecare@bupalatinamerica.com

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO

Llenar este documento no implica la aceptación del riesgo.