BUPA CORPORATE CARE
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ASEGURADO PARA SEGURO DE SALUD DE GRUPO

☐ Inscripción del empleado ☐ Dependientes adicionales Fecha de elegibilidad:

1. INFORMACIÓN DEL GRUPO

Nombre del Grupo		Número del Grupo	

2. INFORMACIÓN PERSONAL

Por favor proporcione la información completa y una copia del documento de identificación de todos los asegurados incluidos bajo esta membresía.

Nombre Apellido Nombre Inicial	Relación con el Asegurado Principal	Estado civil*	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo	Peso ☐ Kg ☐ Lbs	Estatura ☐ M ☐ Pies
	El mismo			M ☐ F ☐		

Ciudadanía	País de nacimiento	Tipo de identificación	Número

Nombre Apellido Nombre Inicial	Relación con el empleado	Estado civil*	Fecha de nacimiento Día/Mes/Año	Sexo	Peso ☐ Kg ☐ Lbs	Estatura ☐ M ☐ Pies
				M ☐ F ☐		
Tipo de identificación		Número				
				M ☐ F ☐		
Tipo de identificación		Número				
				M ☐ F ☐		
Tipo de identificación		Número				
				M ☐ F ☐		
Tipo de identificación		Número				

***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 una universidad? ☐ Sí ☐ No Si respondió "Sí", proporcione copia del certificado o affidávit de la universidad como prueba que son estudiantes de tiempo completo.

3. INFORMACIÓN GENERAL

Dirección residencial					
Ciudad		Estado		Pais	
Dirección postal (si es diferente a la anterior)					
Ciudad		Estado		Pais	
Por favor envíe correspondencia a: ☐ Dirección residencial ☐ Dirección laboral					
Teléfono residencial		Teléfono laboral		Teléfono celular	
Correo electrónico					

4. 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	

5. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Certifico que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en este Formulario de Inscripción del Asegurado 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 Asegurado 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 Administrador de Grupo para que reciba mi Guía para Asegurados, mi Certificado de Membresía y cualquier otro documento relacionado con mi cobertura de seguro.

Autorización para recaudar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a Bupa Insurance Company y sus subsidiarias y filiales en Miami (colectivamente denominadas “Bupa”) para solicitar mi información de salud protegida, así como la de mis dependientes, sin limitación, registros médicos y cualquier historial/registro de medicamentos por receta, registros o planes de tratamiento 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 por este medio a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia, o cualquier otro proveedor médico, plan de salud, empleador/asegurado titular de grupo o administrador de plan de beneficios, la Oficina de Información Médica (MIB), y cualquier otra organización o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga acceso a registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud para revelar dicha información a Bupa, sus Asociados de Negocios, o sus representantes designados (colectivamente denominados “Entidades de Bupa”).

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 Insurance Company y sus subsidiarias y filiales en Miami (colectivamente denominadas "Bupa") para usar y revelar al Administrador del Grupo 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. 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 de 1996 tal como ha sido enmendada y suplementada y las regulaciones correspondientes (HIPAA) y que la información será usada y revelada de manera pertinente conforme a lo estipulado por los estatutos y reglas de 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 de conformidad y de acuerdo con la sección 45 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R.) §164.508. 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 Privacy Office: 17901 Old Cutler Road, Suite 400, Palmetto Bay, Florida 33157 USA
Privacyoffice@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 Asegurado		Fecha	
Firma del Cónyuge		Fecha	
Firma del representante Autorizado		Título	
Nombre del Representante Autorizado		Fecha	