BUPA CORPORATE CARE
SUPLEMENTO MÉDICO

Bupa se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional.

Nombre del Grupo		ID del Grupo	

A. INFORMACIÓN MÉDICA

1. Solicitantes (Asegurado y dependientes)

Solicitante		Fecha de nacimiento	DD / MM / AA
Nombre del médico	Especialidad	Número de teléfono	
Solicitante		Fecha de nacimiento	DD / MM / AA
Nombre del médico	Especialidad	Número de teléfono	
Solicitante		Fecha de nacimiento	DD / MM / AA
Nombre del médico	Especialidad	Número de teléfono	
Solicitante		Fecha de nacimiento	DD / MM / AA
Nombre del médico	Especialidad	Número de teléfono	

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, marque aquí para confirmar. ☐

2. Reconocimientos médicos

¿Ha tenido alguno de los solicitantes un examen de rutina, pediátrico o ginecológico en los últimos cinco años? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante	Tipo de examen	Fecha
		DD / MM / AA
Resultado	Si es anormal, favor explicar.	
☐ Normal ☐ Anormal		

Solicitante	Tipo de examen	Fecha
		DD / MM / AA
Resultado	Si es anormal, favor explicar.	
☐ Normal ☐ Anormal		

Solicitante	Tipo de examen	Fecha
		DD / MM / AA
Resultado	Si es anormal, favor explicar.	
☐ Normal ☐ Anormal		

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, marque aquí para confirmar ☐

3. Condiciones médicas		
¿Ha sufrido alguno de los solicitantes de...		
a	infecciones?	☐ Sí ☐ No
b	desórdenes de la visión, del oído o audición, nasales o de la garganta?	☐ Sí ☐ No
c	convulsiones, migrañas, parálisis, u otros desórdenes neurológicos?	☐ Sí ☐ No
d	desórdenes del corazón, desórdenes circulatorios, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos elevados?	☐ Sí ☐ No
e	alergias, asma, bronquitis u otros desórdenes pulmonares?	☐ Sí ☐ No
f	enfermedades del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis, otras enfermedades del hígado, u otros desórdenes digestivos?	☐ Sí ☐ No
g	enfermedades de los riñones o del tracto urinario?	☐ Sí ☐ No
h	problemas de la columna vertebral, reumatismo, artritis, gota u otros desórdenes musculares, articulares o de los huesos?	☐ Sí ☐ No
i	cáncer o tumores benignos?	☐ Sí ☐ No
j	anemia, leucemia/linfoma u otros desórdenes de la sangre?	☐ Sí ☐ No
k	diabetes, desórdenes de la glándula tiroides u otros desórdenes endocrinos/hormonales?	☐ Sí ☐ No
l	desórdenes de la próstata?	☐ Sí ☐ No
m	enfermedades de transmisión sexual o de los órganos sexuales, u otros desórdenes del sistema reproductivo?	☐ Sí ☐ No
n	desórdenes de las mamas, los ovarios, el útero, u otros desórdenes ginecológicos?	☐ Sí ☐ No
o	desórdenes de la piel?	☐ Sí ☐ No
p	desórdenes congénitos o hereditarios?	☐ Sí ☐ No
q	o cualquier otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía, o tiene alguna cirugía u hospitalización pendiente que no ha sido mencionado arriba?	☐ Sí ☐ No
Si respondió “Sí” a cualquiera de las preguntas anteriores, favor explicar abajo.		

4. Explicación de las condiciones médicas				
Letra	Solicitante	Condición	Desde	Hasta
			DD / MM / AA	DD / MM / AA
Tratamiento y resultados			Estado de salud actual	
Nombre del médico			Teléfono del médico	
Letra	Solicitante	Condición	Desde	Hasta
			DD / MM / AA	DD / MM / AA
Tratamiento y resultados			Estado de salud actual	
Nombre del médico			Teléfono del médico	
Letra	Solicitante	Condición	Desde	Hasta
			DD / MM / AA	DD / MM / AA
Tratamiento y resultados			Estado de salud actual	
Nombre del médico			Teléfono del médico	
Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, marque aquí para confirmar. ☐				

5. Medicamentos

¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante	Nombre del medicamento	Causa

Cantidad	Frecuencia	Desde	Hasta
		DD / MM / AA	DD / MM / AA

Solicitante	Nombre del medicamento	Causa

Cantidad	Frecuencia	Desde	Hasta
		DD / MM / AA	DD / MM / AA

Solicitante	Nombre del medicamento	Causa

Cantidad	Frecuencia	Desde	Hasta
		DD / MM / AA	DD / MM / AA

Solicitante	Nombre del medicamento	Causa

Cantidad	Frecuencia	Desde	Hasta
		DD / MM / AA	DD / MM / AA

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, marque aquí para confirmar. ☐

6. Hábito(s)

¿Alguno de los solicitantes ha fumado cigarrillos, consumido algún producto con nicotina, bebido alcohol o consumido drogas ilegales? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante	Tipo	Cantidad por día

7. Historial familiar

¿Alguno de los solicitantes tiene historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer, o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante	Familiar con el desorden (favor marcar)			
	Padre	Madre	Hermano (a)	Hijo(a)
	☐	☐	☐	☐

Desorden

Solicitante	Familiar con el desorden (favor marcar)			
	Padre	Madre	Hermano (a)	Hijo(a)
	☐	☐	☐	☐

Desorden

B. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Certifico que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en este Suplemento Médico 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 médica

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 las Entidades Bupa se basarán 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 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 Médicode 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.

C. FIRMAS

Firma del Asegurado		Fecha	DD / MM / AA
Nombre del Asegurado (en letra de molde):			
Firma del Cónyuge		Fecha	DD / MM / AA
Nombre del Cónyuge (en letra de molde)			

Como Administrador de Grupo, acepto completa responsabilidad por la presentación de este Suplemento Médico, el envío de todas las primas, y la entrega del Certificado de Membresía cuando sea presentado. Desconozco de cualquier condición que no haya sido revelada en este Suplemento Médico la cual pueda afectar la asegurabilidad de los solicitantes.

Firma del Administrador de Grupo	Nombre del Administrador de Grupo (en letra de molde)