SOLICITUD PARA CAMBIOS Y ADICIONES

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

☐ Póliza nueva ☐ Dependientes adicionales ☐ Cambio de plan

Para uso de la compañía
Número de póliza

1. INFORMACIÓN PERSONAL

POR FAVOR PROPORCIONE COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA CADA SOLICITANTE

Nombre de los solicitantes (asegurado principal/dependientes) (Nombre, inicial y apellido	Relación con el asegurado principal	Estado civil[1]	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso	Estatura
Primer nombre Inicial Apellido	Asegurado principal		Día/Mes/Año	M ☐ F ☐	☐ lbs ☐ kg	☐ pies ☐ m

Ciudadanía	País de nacimiento	Tipo de identificación	Número y extensión

Primer nombre Inicial Apellido				Día/Mes/Año	M ☐ F ☐	☐ lbs ☐ kg	☐ pies ☐ m
Tipo de identificación		Número					

Primer nombre Inicial Apellido				Día/Mes/Año	M ☐ F ☐	☐ lbs ☐ kg	☐ pies ☐ m
Tipo de identificación		Número					

Primer nombre Inicial Apellido				Día/Mes/Año	M ☐ F ☐	☐ lbs ☐ kg	☐ pies ☐ m
Tipo de identificación		Número					

Primer nombre Inicial Apellido				Día/Mes/Año	M ☐ F ☐	☐ lbs ☐ kg	☐ pies ☐ m
Tipo de identificación		Número					

Si esta solicitud incluye hijos entre **19 y 24 años de edad**, ¿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.

Si se solicita cobertura para un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿Nació como resultado de algún tratamiento de fertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? ☐ Sí ☐ No.

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

[1] **S** – soltero **C** – casado(a) **DP** – compañero(a) doméstico(a) **D** - divosciado(a) **V** – viudo(a) Nota: Todo solicitante **de 65 años o más** debe presentar una Declaración Médica.

2. PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA

Producto:		Fecha efectiva solicitada para cobertura	Día/Mes/Año
Deducible:		**Cobertura adicional:** Si no se selecciona ninguna cobertura adicional, ningun será aplicada.	
Fecha efectiva solicitada para la cobertura		☐ Complicaciones de maternidad[2]	

[2] Por favor complete el Cuestionario de Maternidad

3. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

(3.1) ¿Tiene usted un seguro de salud con alguna otra compañía? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la compañía				Teléfono	
Producto		Valor del deducible		No. de póliza	

(3.2) ¿Tiene la intención de mantener su seguro de salud con la otra compañía? ☐ Sí ☐ No

(3.3) Si la cobertura solicitada reemplazará a otro seguro existente, por favor incluya una copia del certificado de cobertura y recibo de su último pago.

(3.4) ¿Ha sido alguna solicitud de seguro de salud o de vida rechazada, aceptada, sujeta a restricciones o a una prima mayor que las tarifas estándar de la asegurdora para cualquiera de los solicitantes? ☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí", favor explicar:	

4. INFORMACIÓN GENERAL

(4.1) Dirección residencial

Residencia					
Código postal		Ciudad/Estado		País	
Postal (si diferente de la anterior)					
Código postal		Ciudad/Estado		País	

(4.2) ¿Viven todos los dependientes en la misma dirección indicada arriba? ☐ Sí ☐ No Si responde "No", indique el nombre y la dirección.

Nombre		Dirección	
Nombre		Dirección	

(4.3) Estatus de residencia/ciudadanía

¿Es usted ciudadano(a) o residente permanente de los Estados Unidos de América? ☐ 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

(4.4) Teléfono, fax y correo electrónico (e-mail)

Residencia		Trabajo		Fax	
Celular		Correo electrónico			

5. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre	Apellido Nombre	Relación con el asegurado principal	
Nombre	Apellido Nombre	Relación con el asegurado principal	

6. INFORMACIÓN MÉDICA

(6.1) Médico(s) tratante(s)

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		Nombre del médico	
Especialidad		Teléfono	

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

(6.2) Examenes médicos

¿Han tenido 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	Día/Mes/Año
Resultado ☐ Normal ☐ Anormal Si es anormal, favor explicar					
Nombre		Tipo de examen		Fecha	Día/Mes/Año
Resultado ☐ Normal ☐ Anormal Si es anormal, favor explicar					
Nombre		Tipo de examen		Fecha	Día/Mes/Año
Resultado ☐ Normal ☐ Anormal Si es anormal, favor explicar					

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

(6.3) 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 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 ☐ No
	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 ☐ No
	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 ☐ No
	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 ☐ No
	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 ☐ No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
6	Desórdenes renales o del sistema urinario, como: cálculos renales, insuficiencia renal, infecciones urinarias recurrentes, incontinencia, entre otros.	☐ Sí ☐ No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
7	Desórdenes musculares o esqueléticos, como: artritis, lumbalgia, padecimientos de la columna vertebral, padecimientos del cuello/hombro, fracturas, esquinces, osteoporosis, gota, padecimientos de las rodillas, del cartílago o ligamentos, entre otros.	☐ Sí ☐ No
	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 ☐ No
	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 ☐ No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
10	Desórdenes de la piel, como: eccema, dermatitis, erupciones cutáneas, psoriasis, acné, quistes, lunares o condiciones alérgicas, entre otros.	☐ Sí ☐ No
	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 ☐ No
	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 ☐ No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
13	Desórdenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo.	☐ Sí ☐ No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
14	Cirugía cosmética, como cirugía de aumento/reducción de mama o rinoplastia, entre otras.	☐ Sí ☐ No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
15	¿Está actualmente bajo tratamiento médico y/o rehabilitación?	☐ Sí ☐ No
	Nombre del(los) solicitante(s)	

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

16	¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente?	☐ Sí ☐ No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
17	¿Alguna otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía/hospitalización pendiente no mencionada arriba?	☐ Sí ☐ No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
18	PREGUNTAS EXCLUSIVAS PARA MUJERES	
a	¿Está embarazada?	☐ Sí ☐ No
	Nombre de la(las) solicitante(s)	
b	¿Ha tenido complicaciones del embarazo? ☐ Pre-Eclampsia ☐ Eclampsia	☐ Sí ☐ No
	Nombre de la(las) solicitante(s)	
c	¿Ha tenido algún embarazo ectópico? Fecha: Día/Mes/Año	☐ Sí ☐ No
	Nombre de la(las) solicitante(s)	
d	¿Ha tenido algún legrado? Fecha: Día/Mes/Año ¿De qué tipo?	☐ Sí ☐ No
	Nombre de la(las) solicitante(s)	
e	¿Ha tenido algún aborto? Fecha: Día/Mes/Año Causa	☐ Sí ☐ No
	Nombre de la(las) solicitante(s)	
f	¿Ha tenido alguna cesárea? Fecha: Día/Mes/Año Causa	☐ Sí ☐ No
	Nombre de la(las) solicitante(s)	
g	¿Ha tenido algún tratamiento de fertilidad/infertilidad? Fecha: Día/Mes/Año Causa	☐ Sí ☐ No
	Nombre de la(las) solicitante(s)	
h	¿Ha tenido enfermedades de trasmisión 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 ☐ No
	Nombre de la(las) solicitante(s)	
19	PREGUNTA EXCLUSIVA PARA HOMBRES	
a	¿Ha tenido enfermedades de trasmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo masculino: prostatitis, hiperplasia prostática benigna, infertilidad y padecimientos de los testículos, glándulas mamarias, entre otros?	☐ Sí ☐ No
	Nombre del(los) solicitante(s)	

(6.4) Explicación de condiciones médicas

Letra		Solicitante		Condición	
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y resultados	
Estado de salud actual				Información del médico	
Letra		Solicitante		Condición	
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y resultados	
Estado de salud actual				Información del médico	
Letra		Solicitante		Condición	
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y resultados	
Estado de salud actual				Información del médico	

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

(6.5) Medicamentos

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

Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad			
Razón		Frecuencia		Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad			
Razón		Frecuencia		Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad			
Razón		Frecuencia		Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad			
Razón		Frecuencia		Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año

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

(6.6) Hábitos

¿Alguno de los solicitantes ha fumado cigarrillos o consumido productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? ☐ Sí ☐ No Si respondió "Sí", explique.

Solicitante		Tipo		¿Cuánto tiempo?		Cantidad por día	
Solicitante		Tipo		¿Cuánto tiempo?		Cantidad por día	
Solicitante		Tipo		¿Cuánto tiempo?		Cantidad por día	

(6.7) Historial familiar

¿Tiene algún solicitante historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? ☐ Sí ☐ No
Si respondió "Sí", explique.

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

7. SUSCRIPCIÓN COMO CLIENTE VIRTUAL

☐ Por este medio me suscribo como cliente virtual de Bupa Insurance Company. Como cliente virtual, recibiré toda la correspondencia y documentos relacionados con mi seguro ingresando a los Servicios en Línea de Bupa en www.bupasalud.com.

8. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIONES

Declaración

Es posible que las reclamaciones y otros beneficios no sean pagaderos si usted no revela algún dato importante que pueda influir en nuestra evaluación y aceptación de esta solicitud, y si tiene alguna duda acerca de la importancia de algún dato, debe informarlo. Es aconsejable que conserve un registro de toda la información que nos proporcione en relación con esta solicitud, incluyendo cualquier carta.

Si su estado de salud cambia después de haber firmado la solicitud pero antes de que Bupa Insurance Limited (Bupa) haya aprobado el seguro, usted debe notificar de inmediato a Bupa sobre dicho cambio. Es posible que sea necesario que le presente a Bupa los informes médicos relacionados con esta o cualquier otra afección preexistente.

En vista de la siguiente declaración, resulta esencial que se suministre la información completa.

Declaro que, según mi leal saber y entender, la información proporcionada por mí es completa y verdadera, y que aparte de las condiciones totalmente reveladas a Bupa, tanto yo como los dependientes menores de 18 años de edad a asegurarse bajo mi póliza, gozamos de excelente salud y no sufrimos ni hemos sufrido de ninguna enfermedad recurrente o debilidad física. Si se requiere seguro para tratamiento dental, ni yo ni mis dependientes estamos actualmente bajo tratamiento dental, ni estamos por recibir tratamiento dental.

Declaro, en nombre propio y de mis dependientes, que he leído las condiciones de la póliza, así como esta sección de la Solicitud de Seguro de Salud Individual, y acepto que las condiciones de la póliza, conjuntamente con el certificado de cobertura y la Solicitud de Seguro de Salud Individual, representarán el contrato de seguro con Bupa. Asimismo, declaro que ni yo ni mis dependientes menores de 18 años de edad somos residentes en los Estados Unidos de América.

Confirmo, en nombre propio y de mis dependientes, que he leído el Aviso de protección de datos a continuación, y doy mi consentimiento explícito a Bupa para que use mi información personal y la de mis dependientes en la manera pertinente para los fines especificados.

8. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIONES

Aviso de protección de datos

Propósito: Los datos personales recogidos sobre usted y sus dependientes serán utilizados por Bupa Insurance Limited (Bupa) para procesar sus solicitudes de reembolso, cobrar la prima, enviar reembolsos, administrar la póliza, y detectar y prevenir tanto el fraude como las solicitudes de reembolso indebidas. Aunque Bupa no acepte su solicitud, su información podrá quedar registrada.

Confidencialidad: Bupa cumple con la legislación sobre protección de datos y las pautas de confidencialidad médica correspondientes. Toda correspondencia referente a su póliza será enviada al titular de la póliza o al intermediario. Todas las personas aseguradas bajo la póliza pueden tener acceso a la correspondencia y a cualquier otro tipo de información enviada por Bupa o a la que se pueda tener acceso en www.bupalatinamerica.com. Bupa recurre a terceros para procesar los datos en su nombre, y sus datos pueden ser procesados dentro o fuera del Espacio Económico Europeo (EEE). Bupa puede intercambiar su información dentro del grupo Bupa y con su intermediario.

Información médica: Bupa puede buscar e intercambiar información sobre su salud y tratamientos y los de sus dependientes con quienes estén relacionados con su atención médica y la de sus dependientes (incluyendo el hospital y el médico que les atiende) y sus agentes, y si corresponde, cualquier persona u organización que pueda ser responsable de cubrir los gastos de su tratamiento y el de sus dependientes, o los agentes de esta persona u organización, según Bupa lo considere necesario.

Llamadas telefónicas: A fin de mejorar continuamente nuestro servicio al cliente, su llamada será grabada y es posible que sea monitorizada.

Investigación: Los datos que se hayan agregado o que hayan sido introducidos anónimamente pueden ser utilizados por Bupa, o divulgados a otros para fines estadísticos o de investigación.

Fraude: La información y las llamadas telefónicas grabadas pueden ser divulgadas a otros para prevenir o detectar solicitudes de reembolso fraudulentas o reclamaciones indebidas.

Nombres y direcciones: Bupa no pone los nombres y direcciones de nuestros clientes a disponibilidad de otras organizaciones (salvo según se indica anteriormente).

Le mantenemos informado(a): Ocasionalmente, Bupa le informará acerca de los productos y servicios que considere pudieran interesarle. La legislación sobre protección de datos le da derecho a ver los documentos y la información que Bupa ha registrado acerca de usted.

Dirección de contacto: Si no desea recibir información sobre nuestros productos y servicios, o si desea ver una copia de la información que tenemos sobre usted, escriba al Director de Gobernabilidad de Información del grupo Bupa a 1 Angel Court, London EC2R 7HJ, United Kingdom, o por correo electrónico a DataProtection@bupa.com.

Autorización para recaudar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a Bupa Insurance Limited 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 de 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 Limited y sus subsidiarias y filiales en Miami (colectivamente denominadas "Bupa") para usar y revelar a mi agente/agencia de seguro y sus afiliados y sucesores 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. ☐ 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 serán enviadas por correo postal o electrónico a:
  Bupa Privacy Office
  18001 Old Cutler Road, Suite 500
  Palmetto Bay, Florida 33157 USA
  Privacyoffice@bupalatinamerica.com

He (hemos) revisado y entiendo (entendemos) el contenido y propósito de este reconocimiento y autorizaciones. Con mi (nuestra) firma y respuestas afirmativas confirmo (confirmamos) que la autorización sobre las decisiones descritas anteriormente reflejan fielmente mis (nuestros) deseos. La(s) firma(s) abajo constituye(n) 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. **Todo dependiente mayor de 18 años debe firmar.**

9. FIRMAS

Solicitante	Nombre	Firma	Fecha
Asegurado principal			Día/Mes/Año
Cónyuge			Día/Mes/Año
Dependiente			Día/Mes/Año
Dependiente			Día/Mes/Año

Como Agente, acepto completa responsabilidad por el envío de esta solicitud y todas las primas cobradas, y por la entrega de la póliza cuando sea emitida. **Desconozco la existencia de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que pudiera afectar la asegurabilidad de los propuestos asegurados.**

Nombre del agente	Firma del agente (testigo)	Código del agente

10. INFORMACIÓN DE PAGO (el pago debe ser enviado junto con la solicitud)

Nombre del asegurado principal		No. de póliza	

Modalidad de la póliza				
	☐ Anual	Prima	US$	
	☐ Semestral	Cobertura opcional	US$	
	☐ Trimestral	Tarifa administrativa anual	US$	75.00
		Cantidad total	US$	

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO

10. INFORMACIÓN DE PAGO (CONTINUACIÓN)

Método de pago: Opción 1

☐ Cheque de caja ☐ Cheque personal ☐ Giro bancario ☐ Cheque de viajero

NO ENVIAR EFECTIVO. El pago debe ser emitido a nombre de Bupa Worldwide Corporation.

Método de pago: Opción 2

☐ Transferencia bancaria

Información bancaria:	Bupa Worldwide Premium Trust Wells Fargo Bank, Cuenta #2000037371881, ABA #121000248, SWIFT #WFBIUS6S, CHIPS #0407

Método de pago: Opción 3

☐ ACH

Información bancaria:	Bupa Worldwide Premium Trust Wells Fargo Bank, Cuenta #2000037371881, ABA #067006432

Método de pago: Opción 4

☐ Tarjeta de crédito Por favor proporcione la siguiente información:

Yo,			
autorizo a Bupa Worldwide Corporation a cargar mi tarjeta de crédito ☐ MasterCard ☐ VISA ☐ AMERICAN EXPRESS ☐ DISCOVER			
Número de tarjeta de crédito		Fecha de expiración:	Mes/Año
Cantidad a cargar: US$		Documento de identidad: (solo residentes de Venezuela)	
Dirección del tarjetahabiente (donde recibe el estado de cuenta):			
Teléfono del tarjetahabiente		Firma del tarjetahabiente	

Débito automático para renovaciones futuras: ☐ Sí ☐ No

Con mi firma en este documento autorizo a Bupa Worldwide Corporation a debitar directamente la tarjeta de crédito indicada arriba para pagar las primas del seguro de mi póliza de seguro de salud Bupa.
Entiendo que si hay cualquier cambio a mi póliza de seguro de salud Bupa, la cantidad de la prima aprobada también puede cambiar. También entiendo que una copia fiel y correcta de este documento será enviada a mi compañía de tarjeta de crédito. Al firmar este documento, solicito e instruyo a la institución correspondiente que permita a Bupa Worldwide Corporation debitar mi cuenta directamente y pagar la prima del seguro de salud, a menos que yo indique lo contrario por escrito.
En el caso que un débito directo para pagar mi póliza de seguro de salud Bupa sea por cualquier razón rechazado o denegado, acepto que tengo la responsabilidad personal de pagar inmediatamente las primas de mi póliza de seguro de salud, o la póliza podrá ser rescindida, interrumpida o cancelada.
Al firmar, autorizo las deducciones automáticas para las futuras renovaciones.

Firma del asegurado principal	Firma del tarjetahabiente	Fecha
		Día/Mes/Año

Bupa Insurance Limited
1 Angel Court, London, EC2R 7HJ, United Kingdom
Administration • 18001 Old Cutler Road, Suite 500 • Palmetto Bay, Florida 33157
Tel. +1 (305) 275 1500, +1 (800) 321 5187 • Fax +1 (305) 275 1518 • www.bupasalud.com/MiBupa • bupa@bupalatinamerica.com
Registrada en Inglaterra con el No. 3956433 • Autorizada por la Autoridad de Regulación Prudencial y regulada por la Autoridad de Conducta Financiera y la Autoridad de Regulación Prudencial. La Autoridad de Conducta Financiera no regula las actividades de Bupa Insurance Limited que se llevan a cabo fuera del Reino Unido.