

BUPA CORPORATE CARE

SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA DE GRUPO

SUPLEMENTO MÉDICO



Bupa Ecuador S. A., Compañía de Seguros 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		No. del Grupo	
------------------	--	---------------	--

A. INFORMACIÓN MÉDICA

1. Solicitantes (Asegurado Titular y dependientes)

Solicitante		Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA
Nombre del médico		Especialidad	Número de teléfono
Solicitante		Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA
Nombre del médico		Especialidad	Número de teléfono
Solicitante		Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA
Nombre del médico		Especialidad	Número de teléfono
Solicitante		Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA
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/AAAA
Resultado	Si es anormal, favor explicar.	
☐ Normal ☐ Anormal		

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

Solicitante	Tipo de examen	Fecha
		DD/MM/AAAA
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...				Sí	No
3.1	infecciones? (no es necesario considerar resfriado común o incidentes sin intervención médica)			☐	☐
3.2	desórdenes de la visión, del oído o audición, nasales o de la garganta?			☐	☐
3.3	convulsiones, migrañas, parálisis, u otros desórdenes neurológicos?			☐	☐
3.4	desórdenes del corazón, desórdenes circulatorios, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos elevados?			☐	☐
3.5	alergias, asma, bronquitis u otros desórdenes pulmonares?			☐	☐
3.6	enfermedades del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis, otras enfermedades del hígado, u otros desórdenes digestivos?			☐	☐
3.7	enfermedades de los riñones o del tracto urinario?			☐	☐
3.8	problemas de la columna vertebral, reumatismo, artritis, gota u otros desórdenes musculares, articulares o de los huesos?			☐	☐
3.9	cáncer o tumores benignos?			☐	☐
3.10	anemia, leucemia/linfoma u otros desórdenes de la sangre?			☐	☐
3.11	diabetes, desórdenes de la glándula tiroides u otros desórdenes endocrinos/hormonales?			☐	☐
3.12	desórdenes de la próstata?			☐	☐
3.13	enfermedades de transmisión sexual o de los órganos sexuales, u otros desórdenes del sistema reproductivo?			☐	☐
3.14	desórdenes de las mamas, los ovarios, el útero, u otros desórdenes ginecológicos?			☐	☐
3.15	desórdenes de la piel?			☐	☐
3.16	desórdenes congénitos o hereditarios?			☐	☐
3.17	o cualquier otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía, o tiene alguna cirugía u hospitalización pendiente que no ha sido mencionado arriba?			☐	☐
Para solicitantes femeninas:					
3.18	¿Está embarazada?			☐	☐
3.19	¿Ha tenido complicaciones del embarazo? Pre-Eclampsia ☐ Eclampsia ☐			☐	☐
3.20	¿Ha tenido algún embarazo ectópico?			☐	☐
3.21	¿Ha tenido algún legrado? ¿De qué tipo?			☐	☐
3.22	¿Ha tenido algún aborto? Causa:			☐	☐
3.23	¿Ha tenido alguna cesárea? Causa:			☐	☐
3.24	¿Ha tenido algún tratamiento de fertilidad? Causas:			☐	☐
3.25	¿Ha tenido enfermedades de transmisión 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.?			☐	☐
Para solicitantes masculinos:					
3.26	¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo masculino: prostatitis, hiperplasia prostática benigna, infertilidad y padecimientos de los testículos, entre otros?			☐	☐
Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, favor explicar abajo.					
4. Explicación de las condiciones médicas					
Número	Solicitante	Condición	Desde	Hasta	
			DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	
Tratamiento y resultados			Estado de salud actual		
Nombre del médico			Teléfono del médico		
Número	Solicitante	Condición	Desde	Hasta	
			DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA	
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/AAAA	DD/MM/AAAA
Solicitante		Nombre del medicamento		Causa
Cantidad	Frecuencia		Desde	Hasta
			DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA
Solicitante		Nombre del medicamento		Causa
Cantidad	Frecuencia		Desde	Hasta
			DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA
Solicitante		Nombre del medicamento		Causa
Cantidad	Frecuencia		Desde	Hasta
			DD/MM/AAAA	DD/MM/AAAA

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 Asistencia Médica de Grupo como el Suplemento Médico han sido firmados, pero antes de la fecha efectiva de esta cobertura, proporcionaré a Bupa Ecuador 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 Cobertura y cualquier otro documento relacionado con mi cobertura de seguro.

Autorización para recaudar información médica

Por este medio autorizo a la Bupa Ecuador y sus filiales en Miami para solicitar mis registros médicos y/o los de mis dependientes, así como también cualquier historial de medicamentos recetados 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 a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia, o cualquier otro proveedor médico, plan de salud, la Oficina de Información Médica en los Estados Unidos de América (MIB), o cualquier otra organización o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud para revelar dicha información a Bupa Ecuador o sus representantes designados. La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud.

Entiendo que Bupa Ecuador 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.

Entiendo que la capacidad de Bupa Ecuador 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 Ecuador y sus filiales en Miami para revelar a mi 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.

☐ Sí ☐ No

Entiendo que:

- Bupa Ecuador 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 Ecuador cumplirá con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de los Estados Unidos de América ("HIPAA" por sus siglas en inglés) en lo que fuere aplicable a los proveedores amparados por HIPAA, tratándose de información médica que deba ser revelada de manera pertinente conforme a lo estipulado por HIPAA. La información médica del asegurado en los registros de proveedores locales no será regida por la HIPAA.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Una copia certificada 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 (cuando fuere aplicable).
- Tengo el derecho de revocar esta autorización previo aviso por escrito a Bupa Ecuador. Sin embargo, la revocación no cobrará vigencia hasta que Bupa Ecuador reciba y procese dicha revocación. Las revocaciones serán enviadas por correo postal o electrónico a:

Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros
Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú
Edificio San Salvador, Piso 4
Quito, Ecuador
SACecuador@bupalatinamerica.com

Declaración: He revisado en forma íntegra todos los datos constantes en el presente documento, siendo de mi responsabilidad, mismo que son aceptados en su totalidad por mi persona en calidad de asegurado, siendo aquéllos veraces y reales, por lo que no tengo nada que reclamar en presente y futuro por los efectos que se deriven de tales datos y declaraciones. Por lo tanto, deslindo a Bupa Ecuador de cualquier responsabilidad y consecuencia de los hechos que se pudieren generar de tal información. 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 efectuadas arriba.

C. FIRMAS

Firma del Asegurado Titular		Fecha	DD/MM/AAAA
Nombre del Asegurado Titular (en letra de molde)			
Firma del Cónyuge		Fecha	DD/MM/AAAA
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 Cobertura 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)

D. VERIFICACIÓN DE TEXTO

El Asegurado Titular y/o Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Lugar y fecha		Lugar y fecha	
Bupa Ecuador S.A. Firma autorizada		Asegurado Titular Firma	

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número 44409 con fecha 1 de febrero de 2017.

Bupa Ecuador S.A.

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú · Ed. San Salvador, Piso 4 · Quito, Ecuador
Tel. (593) 2 396 5600 · www.bupasalud.com/MiBupa

