

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

BUPA GLOBAL CARE

Esta solicitud debe ser completada por nuevos asegurados o asegurados existentes de Bupa.

Póliza nueva ☐

Dependiente ☐

Cambio ☐

ASEGURADO TITULAR: DETALLES DE PÓLIZA EXISTENTE EN BUPA

Detalles de póliza existente

Nombres y Apellidos del Asegurado Titular

PLAN Y OPCIONES DE DEDUCIBLES

Para obtener el detalle de la cobertura del plan que ha elegido, consulte las Condiciones Generales y las Tablas de Beneficios correspondientes.

GLOBAL CARE MAX	GLOBAL CARE PLUS	GLOBAL CARE ESENCIA
Plan 1: 1000/2000 ☐	Plan 1: 1000/2000 ☐	Plan 1: 1000/2000 ☐
Plan 2: 5000/5000 ☐	Plan 2: 5000/5000 ☐	Plan 2: 5000/5000 ☐
Plan 3: 10000/10000 ☐	Plan 3: 10000/10000 ☐	Plan 3: 10000/10000 ☐
	Plan 4: 20000/20000 ☐	Plan 4: 20000/20000 ☐

COBERTURAS OPCIONALES

Cobertura Dental ☐

Cobertura Aparatos Auditivos y de Visión ☐

La cobertura iniciará en la fecha de vigencia que se especifique en su póliza.

Fecha solicitada de cobertura

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Nombres

Apellidos

Nacionalidad

Fecha nacimiento

Tipo de identificación (Cédula o Pasaporte)

Número de identificación (Cédula o Pasaporte)

País de nacimiento

País de residencia

Estado Civil

Masculino ☐

Femenino ☐

Peso

Kg ☐

Lbs ☐

Estatura

Mts

Dirección residencia

Provincia

Ciudad

País

Teléfono de residencia

Correo electrónico

Teléfono móvil

Estatus de residencia y ciudadanía: ¿Usted (Asegurado Titular) o alguno de sus Dependientes es ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos de América (EE.UU.)? Sí ☐ No ☐

¿Usted (Asegurado Titular) o alguno de sus Dependientes reside actualmente o ha residido en los EE. UU. por más de seis (6) meses en el periodo de un año? Sí ☐ No ☐

INTEGRANTES ADICIONALES EN LA PÓLIZA									
Nombres									
Apellidos									
Nacionalidad		Fecha nacimiento							
Tipo de identificación (Cédula o Pasaporte)		Número de identificación (Cédula o Pasaporte)							
País de nacimiento		País de residencia							
Profesión u ocupación*									
Relación con el Asegurado Titular			Correo electrónico		Estado Civil				
Masculino ☐	Femenino ☐	Peso		Kg ☐	Lbs ☐	Estatura		Mts	
Nombres									
Apellidos									
Nacionalidad		Fecha nacimiento							
Tipo de identificación (Cédula o Pasaporte)		Número de identificación (Cédula o Pasaporte)							
País de nacimiento		País de residencia							
Profesión u ocupación*									
Relación con el Asegurado Titular			Correo electrónico		Estado Civil				
Masculino ☐	Femenino ☐	Peso		Kg ☐	Lbs ☐	Estatura		Mts	
Nombres									
Apellidos									
Nacionalidad		Fecha nacimiento							
Tipo de identificación (Cédula o Pasaporte)		Número de identificación (Cédula o Pasaporte)							
País de nacimiento		País de residencia							
Profesión u ocupación*									
Relación con el Asegurado Titular			Correo electrónico		Estado Civil				
Masculino ☐	Femenino ☐	Peso		Kg ☐	Lbs ☐	Estatura		Mts	
Nombres									
Apellidos									
Nacionalidad		Fecha nacimiento							
Tipo de identificación (Cédula o Pasaporte)		Número de identificación (Cédula o Pasaporte)							
País de nacimiento		País de residencia							
Profesión u ocupación*									
Relación con el Asegurado Titular			Correo electrónico		Estado Civil				
Masculino ☐	Femenino ☐	Peso		Kg ☐	Lbs ☐	Estatura		Mts	
(*) Indique en Profesión u ocupación si el dependiente es estudiante.									
• Si alguna de las adiciones es de un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿Nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí ☐ No ☐ Por favor detalle el o los dependientes									
¿Alguno de los dependientes vive en una dirección diferente a la del asegurado titular? Sí ☐ No ☐ Si respondió "Sí", detalle el o los dependientes y explique el motivo:									

Marque aquí si desea agregar a más personas. ☐

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 cualquier condición que padezca. 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 Global 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. El realizar una evaluación de riesgo no significa que se va a negar la cobertura.

SECCIÓN 1

1	¿Padece o ha padecido enfermedad o accidente en los últimos 5 años? Responda SI, si tiene una enfermedad, incluso si no ha sido hospitalizado o ingresado	SI ☐ NO ☐
	Nombre del(los) solicitante(s) _____	
2	¿Está o ha estado ingresado, o intervenido en algún centro hospitalario? Responda SI, si ha sido admitido u operado en algún hospital o centro médico por algún motivo	SI ☐ NO ☐
	Nombre del(los) solicitante(s) _____	
3	¿Se encuentra actualmente bajo algún tratamiento prescrito por un médico? Responda SI, si toma algún medicamento recetado por un médico.	SI ☐ NO ☐
	Nombre del(los) solicitante(s) _____	
4	¿Padece, ha padecido o tiene diagnóstico de alguna enfermedad crónica o aguda conocida? Responda SI, si ha tenido algún síntoma o dolor que ha sido diagnosticado.	SI ☐ NO ☐
	Nombre del(los) solicitante(s) _____	
5	¿Está embarazada o ha estado embarazada alguna vez? Si respondió "SI", ¿Tiene o ha tenido usted alguna complicación relacionada a su(s) embarazo(s) (abortos/embarazo ectópico/eclampsia/preeclampsia)? Si su respuesta es afirmativa, complete la sección de información adicional.	SI ☐ NO ☐
	Nombre del(los) solicitante(s) _____	
6	Hábitos: ¿El solicitante y/o dependiente(s) fuma cigarrillos o consume productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Si respondió "SI", explique quien, tipo, cantidad/ día.	SI ☐ NO ☐
	Nombre del (los) solicitante(s) _____	

SECCIÓN 2

Completa la sección 2 si alguna de las preguntas de la sección 1 se contestó afirmativamente

1	Enfermedades de Corazón o sistema circulatorio (por ejemplo, hipertensión arterial, angina/dolor de pecho, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, latidos cardíacos anormales, aneurismas, varices, entre otros).	SI ☐ NO ☐
	Nombre del(los) solicitante(s) _____	
2	Trastornos en Sistema Endocrino (por ejemplo, diabetes tipo 1 o tipo 2 o problemas de tiroides, entre otros)	SI ☐ NO ☐
	Nombre del(los) solicitante(s) _____	
3	Trastornos en Sistema Respiratorio (por ejemplo, asma, EPOC, infecciones respiratorias, neumonía o bronquitis, entre otros).	SI ☐ NO ☐
	Nombre del(los) solicitante(s) _____	
4	Trastornos Digestivos-esófago, estómago, intestinos, páncreas, hígado o vesícula biliar (por ejemplo, gastritis, úlcera gástrica, hemorroides, pancreatitis, hepatitis aguda, cirrosis, cálculos en vesícula, cólicos biliares o hernias, entre otros).	SI ☐ NO ☐
	Nombre del(los) solicitante(s) _____	
5	Desórdenes de la piel, como: eccema, dermatitis, erupciones cutáneas, psoriasis, acné, quistes, lunares o condiciones alérgicas, entre otros.	SI ☐ NO ☐
	Nombre del(los) solicitante(s) _____	
6	Sistema Neurológico (por ejemplo: Esclerosis Múltiple, ictus, epilepsia, migrañas, neuritis, hemi o paraplejia, entre otros).	SI ☐ NO ☐
	Nombre del(los) solicitante(s) _____	

CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

7	Sistema Músculo esquelético (por ejemplo, artritis, dolor de espalda, desordenes de columna vertebral, alteraciones en articulaciones operadas o no, fracturas, cirugías, entre otros).	SI ☐ NO ☐
Nombre del(los) solicitante(s) _____		
8	Urología/Sistema Genitourinario masculino (por ejemplo, enfermedades de vejiga, riñón o próstata, infecciones urinarias, cólicos por litiasis reno-ureteral, incontinencia, entre otros).	SI ☐ NO ☐
Nombre del(los) solicitante(s) _____		
9	Urología/Ginecología (enfermedades del aparato urinario y ginecológico, por ejemplo infecciones urinarias, cólicos por litiasis reno-ureteral, incontinencia, quistes de ovarios, fibromas, entre otros).	SI ☐ NO ☐
Nombre del(los) solicitante(s) _____		
10	Hematología e inmunología- Enfermedades de la sangre o inmunológicas (por ejemplo Lupus, anemias y autoinmunes, entre otros).	SI ☐ NO ☐
Nombre del(los) solicitante(s) _____		
11	Enfermedades de ojos, nariz, oídos, o garganta (por ejemplo, catarata, glaucoma, queratitis, sinusitis, entre otros).	SI ☐ NO ☐
Nombre del(los) solicitante(s) _____		
12	Psiquiatría y Psicología (por ejemplo: esquizofrenia, trastornos de alimentación, trastorno bipolar, autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).	SI ☐ NO ☐
Nombre del(los) solicitante(s) _____		
13	Cáncer y enfermedades linfoproliferativas- Cáncer de cualquier localización incluyendo leucemias y linfomas, condiciones precancerosas, como: lesiones cervicales, queratosis actínica, entre otros.	SI ☐ NO ☐
Nombre del(los) solicitante(s) _____		
14	Enfermedades Congénitas- Desordenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo por ejemplo síndrome de Down, malformaciones cardiovasculares, neurológicas, entre otros.	SI ☐ NO ☐
Nombre del(los) solicitante(s) _____		
15	Enfermedades infecciosas relevantes y/o de transmisión sexual como: Hepatitis Crónica, Tuberculosis, VIH/ Sida, Malaria, entre otros.	SI ☐ NO ☐
Nombre del(los) solicitante(s) _____		
16	¿Alguna otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía/hospitalización pendiente no mencionada arriba?	SI ☐ NO ☐
Nombre del(los) solicitante(s) _____		

INFORMACIÓN ADICIONAL

Complete esta sección si ha respondido en forma afirmativa a cualquier pregunta médica de la sección 2. Por favor incluya con la mayor precisión posible cualquier detalle, aunque no esté seguro(a) de su importancia.

(a) Describa la enfermedad o condición médica que padezca, indicando la zona del cuerpo afectada (por ejemplo, la pierna derecha, el ojo izquierdo).

(b) Describa el tipo de tratamiento (médico, quirúrgico, rehabilitación) y el resultado (en curso, completado en recuperación, recurrente, probable que se repita)

(c) Para farmacoterapia, incluya nombre del medicamento, fecha de inicio, cantidad y frecuencia.

Marque aquí si necesita más espacio del provisto debajo y utilizará una hoja adicional para responder. ☐

Nombre del solicitante _____			
No. De la pregunta	Enfermedad o condición médica que padezca (a)		
Fecha primer síntoma	Inicio del tratamiento	Fin del tratamiento	
Tratamiento (b) (c)			
Nombre del solicitante _____			
No. De la pregunta	Enfermedad o condición médica que padezca(a)		
Fecha primer síntoma	Inicio del tratamiento	Fin del tratamiento	
Tratamiento (b) (c)			

CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

Nombre del solicitante			
No. De la pregunta		Enfermedad o condición médica que padezca (a)	
Fecha primer síntoma		Inicio del tratamiento	Fin del tratamiento
Tratamiento (b) (c)			
Nombre del solicitante			
No. De la pregunta		Enfermedad o condición médica que padezca (a)	
Fecha primer síntoma		Inicio del tratamiento	Fin del tratamiento
Tratamiento (b) (c)			
Nombre del solicitante			
No. De la pregunta		Enfermedad o condición médica que padezca (a)	
Fecha primer síntoma		Inicio del tratamiento	Fin del tratamiento
Tratamiento (b) (c)			

HISTORIAL MÉDICO

Exámenes médicos: ¿Ha tenido alguno de 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	
Resultado: Normal ☐ Anormal ☐					
Si contestó Anormal, favor explique					

Historial familiar: ¿Tiene el Solicitante y/o Dependiente(s) historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? Sí ☐ No ☐ Si respondió "Sí", explique abajo.

Nombre del solicitante	Familiar con el desorden				Desorden
	Padre	Madre	Hermano	Hijo	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	

MÉDICO TRATANTE

Si el Solicitante y/o cualquiera de sus Dependientes tienen un médico tratante, por favor incluya los datos.

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	

Nombre del solicitante			
Nombre del médico			
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante			
BENEFICIARIO CONTINGENTE			
A continuación designe al Beneficiario de su Seguro, quien será la persona facultada para recibir reembolsos de gastos médicos cubiertos y la devolución de cualquier prima no devengada, que se encontraran pendientes de pago por parte de la Compañía, en caso de fallecimiento del Asegurado Titular.			
Nombres			
Apellidos			
Tipo de identificación (Cédula o Pasaporte)		Número de identificación (Cédula o Pasaporte)	
Teléfono		Correo electrónico	
Vínculo del Beneficiario con el Asegurado Titular			
INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS			
Si el Asegurado Titular y/o Asegurado Dependiente cuentan actualmente con cobertura de gastos médicos con otra compañía, por favor marque aquí ☐ y complete la siguiente información:			
Nombre de la compañía			
Fecha renovación		Valor del deducible	
¿Ha sido alguna solicitud de seguro de salud o de vida de otra compañía rechazada, aceptada sujeta a restricciones o a una prima mayor que las tarifas estándar en otra compañía para cualquiera de los solicitantes? SI ☐ NO ☐			
Si respondió "SI", por favor explicar			
INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE (Diligencie solo la sección que corresponda)			
PERSONA FÍSICA			
Nombres			
Apellidos			
Nacionalidad			
Tipo de identificación (Cédula o Pasaporte)		Número de identificación (Cédula o Pasaporte)	
País de nacimiento		País de residencia	
Dirección residencia			
Provincia		Ciudad	
País		Teléfono residencia	
Correo electrónico		Teléfono móvil	
PERSONA JURÍDICA			
Razón social		RUC	
Dirección			
Provincia		Ciudad	
País		Teléfono	
Correo electrónico			

DETALLES DEL PAGO

MODALIDAD DE LA PÓLIZA: ANUAL ☐ SEMESTRAL ☐ TRIMESTRAL ☐ MENSUAL ☐

MÉTODOS DE PAGO

1. CHEQUE (A nombre de Bupa Ecuador)

2. TARJETA DE CRÉDITO (Adjuntar formulario o realizar pago en el portal)

3. TRANSFERENCIA BANCARIA:

Cuenta Corriente, No: 3477969104. Banco Pichincha, a nombre de Bupa Ecuador. RUC 1791782402001 Las retenciones en la fuente favor enviar al correo: CobranzaBupaEcuador@bupalatinamerica.com

No se aceptan pagos en efectivo.

Prima Total (Valor total de la cotización)	Primer pago	Pagos subsiguientes

Responsable del tratamiento. BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (en adelante “**La Compañía**”), Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Edif. San Salvador, Pisos 3 y 4, Quito, Ecuador, tratará los datos personales, incluidos datos personales de salud del Asegurado Titular y Asegurados Dependientes (en adelante “**El Titular o Los Titulares**”), en calidad de responsable del tratamiento.

Finalidades principales y legitimación. Los datos personales del Asegurado Titular y Asegurados Dependientes, incluyendo sus datos de salud (los “**Datos Personales**”), se tratarán con las finalidades que aparecen detalladas en nuestro Aviso de Privacidad (**ver Información Adicional**). De manera general, dichas finalidades principales, comprenden: formalización, desarrollo y ejecución del contrato de seguro, con base en la necesidad del tratamiento para la ejecución del contrato de seguro y para la gestión de los sistemas y servicios de asistencia sanitaria; determinación y formalización de la cobertura; evaluación y análisis de riesgos; prestación de nuestros servicios ofertados y contratados; para el envío de información que puede resultar de su interés; así como para el cumplimiento de nuestras obligaciones legales; elaboración de perfiles necesaria para la personalización de los servicios; en su caso, para el envío de comunicaciones comerciales.

Destinatarios. La Compañía únicamente compartirá los Datos Personales de los titulares si existe un fundamento jurídico para ello o en todos aquellos casos en que el Titular otorgue su consentimiento. Entre estos destinatarios, se encuentran: Empresas del Grupo y terceras empresas colaboradoras, además de entidades del sector público competentes y autoridades de control que tengan la facultad de solicitar información sobre sus Datos Personales y otros cuando así lo requiera la legislación vigente. Algunos de dichos terceros se encuentran en países situados fuera del territorio ecuatoriano, en cuyo caso La Compañía ha adoptado las garantías apropiadas para llevar a cabo la transferencia de datos.

Procedencia. Los Datos Personales proceden de los Titulares, se generan como consecuencia de la prestación del servicio y proceden de corredores, agentes de seguros o terceros colaboradores.

Derechos. El Titular podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, actualización, eliminación de datos personales, suspensión u oposición al tratamiento y portabilidad, así como revocar su consentimiento dirigiéndose a nuestro correo: privacyoffice@bupalatinamerica.com.

Información Adicional. Puede consultar nuestra política íntegra en:

<https://www.bupalatino.com.ec/ec-politica-de-privacidad>.

*El Asegurado Titular se hace responsable de comunicar a todos los Asegurados Dependientes incluidos en la póliza la información contenida en la presente cláusula con el objetivo de que queden informados del tratamiento de sus datos personales y para que puedan ejercitar sus derechos. Asimismo, el Asegurado Titular declara actuar en su nombre y en el de los Asegurados Dependientes cuando consiente a los tratamientos descritos en la presente cláusula. Asimismo, el Asegurado Titular declara que los Asegurados Dependientes entienden y aceptan que éste haya proporcionado o proporcione sus Datos Personales a La Compañía, como que ésta facilite al Asegurado Titular la información identificativa sobre los servicios médicos de los Asegurados Dependientes cubiertos por la póliza, salvo que por parte del Asegurador Titular se libere por escrito a La Compañía de su deber legal de informarle o sea solicitado por cualquiera de los Asegurados Dependientes.

La falta de aceptación del tratamiento que se incluye a continuación no condiciona la solicitud o el contrato de seguro con La Compañía. Con la firma del presente formulario el Asegurado Titular consiente que La Compañía pueda realizar cada uno de los tratamientos señalados en el presente numeral sobre los Datos Personales de los Titulares, incluidos datos personales de salud.

Consiente la cesión de sus datos personales (inclusive de salud) al Agente de Seguros que usted haya nombrado legalmente para que sea su asesor e intermediario, para fines de servicio y cumplimiento del objeto del contrato de seguro.

Sí ☐

Declaro que he sido informado, entiendo y consiento de manera expresa, informada, libre y voluntaria el uso de mis datos personales conforme a lo determinado en las políticas de protección de datos personales de La Compañía y lo descrito en la presente información de protección de datos.

CONSENTIMIENTO POR CAMBIO DE PRODUCTO

Si esta solicitud es para atender un cambio de producto, entiendo que la Compañía requerirá realizar una evaluación médica. Los cambios de producto constituyen un nuevo contrato de seguro (póliza), sujeto a las condiciones de suscripción y evaluación médica correspondiente, lo cual, a criterio de La Compañía, podría implicar el restablecimiento de períodos de carencias, así como nuevas limitaciones.

Declaro que al continuar con esta solicitud de seguro y firmarla, estoy de acuerdo con los términos antes mencionados.

CONSENTIMIENTO Y DECLARACIONES

Tengo pleno conocimiento que la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa, y que mi consentimiento es completo y cabal. Cualquier falsedad en esta declaración será considerada como indicios de mala fe contractual. Declaro ser el representante legal autorizado de todas las personas que aparte de mi persona son nombradas

en este formulario de solicitud y declaro además que he obtenido la autorización/consentimiento previo de todas y cada una de éstas para fines de completar y presentar este formulario de solicitud.

DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

Concedor (a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a Bupa Ecuador S.A, en caso de emitirse la Póliza, son y provienen de actividades lícitas.

Así mismo autorizo a la Compañía a recabar mi información personal y financiera, así como la de mis dependientes que considere necesaria con el objetivo de llevar a cabo los procesos de debida diligencia en cumplimiento de la Política Conozca a su Cliente.

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	
Firma Asegurado Titular		Bupa Ecuador S.A. Firma Autorizada	

Si usted tiene alguna inquietud, queja o comentario, puede comunicarse con el Ejecutivo de Servicio al teléfono (593) 2 4018945. También puede enviarnos un correo electrónico a SACEcuador@bupalatinamerica.com

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control aprobó el presente formulario con el número de registro _____, con oficio No. _____ del _____

BUPA ECUADOR S.A.
Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador, Piso 3 Quito,
Ecuador Tel. (593) 2 4018945 - SACEcuador@bupalatinamerica.com -
www.bupasalud.com

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO