



Esta solicitud es para ser completada por asegurados de Salud Global.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Si tiene más comprobantes de pago, no es necesario enviar otra solicitud de reembolso. Sólo envíe los comprobantes de pago con una carta informando sobre la condición e instrucciones de pago. Si la condición continúa por más de seis meses, podríamos requerir que se complete una nueva solicitud de reembolso. Le informamos que no podremos devolver sus documentos originales. Sin embargo podemos proveerle copias certificadas si las necesita.

En caso de que solicitemos información adicional para evaluar su reclamación, por favor recuerde que su póliza tiene un límite de un año para presentar dicha información a partir de la fecha en que es solicitada. Para evitar la negación de su reclamación, por favor envíe la información solicitada dentro del período indicado.

1. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE (A SER COMPLETADO POR EL ASEGURADO)

Número de póliza

| | |
|--------|----------------------|
| Título | <input type="text"/> |
|--------|----------------------|

| | |
|--------|----------------------|
| Nombre | <input type="text"/> |
|--------|----------------------|

| | |
|------------------|----------------------|
| Apellido paterno | <input type="text"/> |
|------------------|----------------------|

| | |
|------------------|----------------------|
| Apellido materno | <input type="text"/> |
|------------------|----------------------|

| | |
|---------------|----------------------|
| Otros nombres | <input type="text"/> |
|---------------|----------------------|

| | |
|---------------------|----------------------|
| Fecha de nacimiento | <input type="text"/> |
|---------------------|----------------------|

| | |
|------|----------------------|
| Edad | <input type="text"/> |
|------|----------------------|

Dirección de correspondencia

| | |
|---------------|----------------------|
| Edificio/Casa | <input type="text"/> |
|---------------|----------------------|

| | |
|-------|----------------------|
| Calle | <input type="text"/> |
|-------|----------------------|

| | |
|---------------|----------------------|
| Corregimiento | <input type="text"/> |
|---------------|----------------------|

| | |
|----------------|----------------------|
| Código de área | <input type="text"/> |
|----------------|----------------------|

| | |
|-----------------|----------------------|
| Apartado postal | <input type="text"/> |
|-----------------|----------------------|

| | | | |
|--------|----------------------|-----------|----------------------|
| Ciudad | <input type="text"/> | Provincia | <input type="text"/> |
|--------|----------------------|-----------|----------------------|

| | |
|------|----------------------|
| País | <input type="text"/> |
|------|----------------------|

| | |
|--------------------|----------------------|
| Correo electrónico | <input type="text"/> |
|--------------------|----------------------|

| | |
|----------|----------------------|
| Teléfono | <input type="text"/> |
|----------|----------------------|

¿Es esta su dirección de residencia permanente? Sí No

¿Quiere que toda la correspondencia futura sea enviada a esta dirección? Sí No

¿Tiene una dirección de residencia en los Estados Unidos de América? Sí No

¿En qué país tuvo lugar el tratamiento?

¿En qué moneda se emitió el comprobante de pago?

¿Cuál es el monto total de la reclamación?

2. INFORMACIÓN MÉDICA (TODAS LAS SECCIONES DEBEN SER COMPLETADAS POR EL MÉDICO ENCARGADO DEL TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE)

Información sobre el médico

| | |
|-------------|--|
| Nombre | |
| Dirección | |
| Títulos | |
| Diagnóstico | |
| | |

Fecha inicial en la que el paciente notó los primeros síntomas

¿Cuándo vió el paciente por primera vez a un médico con referencia a esta reclamación?

| | |
|--------------------------|--|
| Detalles del tratamiento | |
| | |
| | |

| | |
|--------------------------|--|
| Detalles de la operación | |
| | |

| | |
|--|--|
| Detalles de los medicamentos recetados | |
| | |
| | |

Tratamiento dental

Chequeo anual Preventivo Restauración mayor Ortodoncia Tratamiento de emergencia o por accidente

| | |
|--------------------------|--|
| Detalles del tratamiento | |
| | |

Fechas de hospitalización: Fecha de admisión

Fecha en que se le dio de alta:

Nombre y dirección de hospital de admisión:

Número de referencia

| | |
|-----------|--|
| Nombre | |
| Dirección | |
| | |

| | | | |
|----------|--|-----|--|
| Teléfono | | Fax | |
|----------|--|-----|--|

| | |
|--------------------|--|
| Correo electrónico | |
|--------------------|--|

| |
|----------------------------------|
| Firma del médico/cirujano dental |
|----------------------------------|

| |
|-------|
| Fecha |
|-------|

4. DETALLES DE PAGO

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Pago por medio de cheque

Los cheques de reembolso serán emitidos en dólares americanos y enviados por correo a la dirección física de correspondencia que se ha suministrado en la primera página.

Pago por transferencia electrónica de fondos a una cuenta bancaria

| | | | |
|---|--|------|--|
| Nombre del banco | | | |
| SWIFT/Código BIC*: | | | |
| Número de cuenta | | | |
| IBAN* | | | |
| Nombre del propietario de la cuenta/pagadero a: | | | |
| Dirección bancaria | | | |
| | | | |
| Código postal/de área | | País | |

***Con el fin de agilizar el procesamiento de su reembolso, por favor incluya los códigos de IBAN y SWIFT de su sucursal bancaria. De ser necesario, su banco podrá facilitarle esta información.**

Recomendamos que las transferencias bancarias sean realizadas en la moneda de su cuenta bancaria. En caso que su banco local realice un cargo por una transferencia electrónica, haremos lo posible para reembolsar dicho cargo. En caso que no podamos realizar un reembolso directo a la cuenta bancaria, o que no se nos suministre detalles de la cuenta, realizaremos el reembolso a través de cheque. Nos reservamos el derecho de enviar cualquier beneficio pagadero a la persona correspondiente, por ejemplo, los representantes de ejecutar el testamento de una persona que haya fallecido o al dependiente en su póliza que ha pagado la prima.

5. CONFIDENCIALIDAD

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Con el fin de procesar su reclamación, podría ser necesario que solicitemos un reporte médico del especialista que le atendió. Para ello, necesitamos su consentimiento firmando la siguiente declaración.

Usted puede elegir una de las siguientes tres opciones:

1. Puede darnos su consentimiento sin necesidad de ver el reporte médico con anterioridad. El reporte será enviado por su médico directamente a Bupa Panamá, S. A.

2. Puede darnos su consentimiento requiriendo ver el reporte médico antes que sea enviado a Bupa Panamá, S. A., en cuyo caso tendrá 21 días a partir de que Bupa Panamá, S. A. solicite el reporte para revisarlo. Si usted no contacta a su médico dentro de los 21 días de nuestra notificación, él/ella tiene la potestad de enviarnos dicho reporte directamente. Si por el contrario usted contacta a su médico para tener acceso a su reporte médico, usted deberá darle a su médico un consentimiento por escrito para que él/ella nos envíe dicho reporte.

Usted podrá pedir a su médico que cambie el reporte si usted considera que su información es confusa. Si su médico rehúsa hacerlo, usted puede insistir en agregar sus propios comentarios en el reporte antes de ser enviado a Bupa Panamá, S. A.

En el caso que decida darnos su consentimiento sin indicar que desea ver el reporte médico antes de que sea enviado a Bupa Panamá, S. A. y luego cambia de parecer, puede contactar a su médico antes que dicho reporte sea enviado a Bupa Panamá, S. A., en cuyo caso usted podrá verlo y pedirle a su médico que haga cambios o agregue sus comentarios antes que sea enviado, o no dar su consentimiento a que dicho reporte sea revelado.

3. Puede reservarse el derecho de no consentir la divulgación de su reporte médico, en cuyo caso puede ser que su reclamación sea aceptada.

En caso que usted indique, o no, su decisión de tener acceso a su reporte médico antes que sea enviado a Bupa Panamá, S. A., usted tiene el derecho de pedirle a su médico acceso a una copia de dicho reporte siempre y cuando lo solicite dentro de los primeros seis meses en los que el reporte nos fue suministrado.

Su médico tiene la potestad de no revelar la información, parcial o total, contenida en el reporte si: (a) considera que será perjudicial para usted, o (b) si dicha información indica sus intenciones con respecto a usted, o (c) dicho reporte revela la identidad de otra persona sin su consentimiento (distinto a lo permitido por un especialista de la salud en su capacidad profesional en relación a su cuidado). Su médico podría requerir cargos razonables por sus servicios.

Con mi firma abajo autorizo y solicito a cualquier hospital, especialista, médico o cualquier otro proveedor de salud, que suministre a Bupa Panamá, S. A. o un agente debidamente autorizado que actúe como representante de Bupa Panamá, S. A., toda la información que Bupa Panamá, S. A. o dicho agente necesite en relación con cualquier tratamiento u otros servicios suministrados a mi persona o a mi dependiente, con el propósito de que Bupa Panamá, S. A. considere el reembolso correspondiente.

He sido notificado de mis derechos como paciente. En caso de divergencia entre lo dispuesto en esta sección y lo establecido en la Ley 68 de 2003, prevalecerá lo establecido en dicha Ley.

Indique aquí si usted desea tener acceso a una copia de su reporte médico antes de ser enviado a Bupa Panamá, S. A.:

Sí

No

NOTIFICACIÓN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Propósito: Los datos personales recopilados sobre usted y personas adicionales cubiertas por la póliza, podrán ser utilizados por Bupa Panamá, S. A. para procesar sus reclamaciones, administrar su póliza, hacer sugerencias sobre el tratamiento clínicamente apropiado, para la investigación y análisis y para detectar y prevenir el fraude o reclamaciones inapropiadas.

Confidencialidad: La confidencialidad de la información del paciente y asegurado es de suma importancia para Bupa Panamá, S. A. Para ello, Bupa Panamá, S. A. cumple con la legislación correspondiente y los lineamientos de confidencialidad médica.

Información médica: La información médica se mantendrá confidencial. A menos que sea requerido o permitido por la ley, sólo será compartida con los involucrados en su tratamiento o atención, incluyendo su médico de cabecera y sus agentes, y en caso de ser necesario, cualquier persona u organización que sea responsable de cumplir con sus gastos de tratamiento, o sus agentes. La información también puede ser compartida con terceros designados que participan en la gestión y manejo de su póliza. La información puede ser compartida con su agente o asesor de Bupa Panamá, S. A., en caso que usted haya solicitado su asistencia.

El intercambio de datos personales: Sin perjuicio de sus obligaciones de confidencialidad y protección de datos, podemos compartir su información personal con:

- Otras empresas de Bupa Global para los fines anteriormente indicados, y el acceso está restringido a aquellas personas que tengan la necesidad de acceder a la información para esos fines.
- Otras aseguradoras de Bupa Global o nuestros asociados de seguros. En caso que usted se transfiera a otro seguro de Bupa Panamá, S. A. o un seguro ofrecido por uno de nuestros asociados, compartiremos su historia médica y reclamación con la nueva aseguradora.
- Nuestros proveedores de servicios.

Algunas veces tendremos que compartir sus datos personales con asesores profesionales como investigadores de reclamaciones, proveedores de asistencia de emergencia, profesionales médicos, abogados y otros expertos.

También contratamos otros proveedores de servicios de tecnología informática, impresión y servicios de mercadeo, investigación y análisis y servicios similares. En cada caso, se requiere que estos contratistas sólo utilicen los datos de carácter personal que sean necesarios para llevar a cabo sus servicios.

Igualmente podemos compartir información con el asegurado titular y/o contratante como las prestaciones recibidas por otras personas cubiertas por la póliza, las reclamaciones pagadas, cantidad utilizada del deducible y, si procede cualquier historia médica de otra persona cubierta por la póliza, lo que repercute en la prestación de los beneficios.

En algunos casos, estos asesores están localizados fuera de su jurisdicción, en países que no ofrecen la misma protección que ofrece Panamá. Bupa Panamá, S. A. se asegura de que ellos se sometan a restricciones contractuales en lo que respecta a obligaciones de confidencialidad y seguridad.

Detalles del asegurado: Todos los documentos de la póliza y correspondencia relacionada con cualquier reclamación, pueden ser enviados al asegurado titular. Bupa Panamá, S. A. podría compartir otra información con el asegurado titular, como por ejemplo los beneficios recibidos por otras personas cubiertas por la póliza, reclamaciones pagadas, cantidad usada del deducible, y, en caso de ser necesario, cualquier historia médica de otra persona cubierta por la póliza, que influya en las provisiones de los beneficios.

Llamadas telefónicas y chateo en línea: Con el fin de mejorar continuamente nuestros servicios, sus llamadas o chateo en línea serán grabados y pueden ser monitorizados.

Investigación y análisis: Sus datos personales podrán ser utilizados con propósitos analíticos, estadísticos y de investigación. Los resultados serán utilizados para desarrollar y mejorar nuestros servicios y los servicios que recibe que son financiados por su póliza. También podríamos ponernos en contacto con usted e invitarle a participar en las actividades de investigación.

Fraude: Estamos obligados por la ley, en ciertas circunstancias, a divulgar información a agencias de cumplimiento legal sobre sospechas de reclamaciones fraudulentas y otros delitos. Revelaremos información a terceros, incluyendo otros asegurados a efectos de prevención, detección o investigación de delitos, incluyendo sospecha razonable de fraude y reclamaciones inapropiadas.

Nombres y direcciones: Bupa Panamá, S. A. no revela el nombre y dirección de sus asegurados o pacientes a otras organizaciones fuera del grupo Bupa Global y sus proveedores de servicios.

Le mantendremos informado: A Bupa Panamá, S. A. le gustaría mantenerle informado sobre los productos y servicios de Bupa Panamá, S. A. que puedan ser de su interés.

Marque la casilla si desea que le enviemos información actualizada sobre nuestros productos y servicios.

Usted podrá optar por no recibir estas comunicaciones en cualquier momento.

Dirección de contacto: De acuerdo con la ley de protección de datos, si usted desea recibir una copia de su información personal (para lo cual requeriría incurrir en algunos gastos), desea actualizar su información personal o tiene alguna duda relacionada con el procesamiento de datos, por favor comuníquese con el Equipo de Servicio de Bupa Panamá, S. A. al teléfono (507) 321 6200. También puede enviarnos un correo electrónico a panama@bupalatinamerica.com o encontrarnos en nuestras oficinas en:

P.H. Prime Time, Piso 25, Of. 25B
Costa del Este, Ave. La Rotonda
Panamá, República de Panamá

Para más información, consulte el Aviso de Protección de datos en www.bupasalud.com

6. ASEGURADORES EXTERNOS

¿Puede Bupa Panamá, S.A. recuperar algunos de los costos con terceros (por ejemplo, una aseguradora o persona/organización relacionada con un accidente)? Sí No

| | | | |
|--------------------|--|----------|--|
| Nombre | | | |
| Dirección | | | |
| Correo electrónico | | Teléfono | |

7. AUTORIZACIÓN – A SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Yo confirmo que la información que he suministrado en este documento es correcta y precisa, a mi mejor entender. Confirmando que he dado consentimiento explícito para procesar mi información personal referente a esta reclamación.

| | |
|---|-------|
| Firma del paciente (Padre o guardian en el caso que el paciente sea menor de 16 años de edad) | Fecha |
|---|-------|

Regulado y supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá