

SOLICITUD DE CAMBIOS EN LA PÓLIZA INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

(POR FAVOR LLENAR EN LETRA DE IMPRENTA)



1. ASEGURADO TITULAR Y/O CONTRATANTE

Nombre	Apellidos		Nombre(s)	
No. de póliza				

2. DETALLE DEL CAMBIO SOLICITADO

2.1 Cambio del plan *Disponibilidad del cambio únicamente en aniversario

Plan actual		Deducible	
Plan solicitado		Deducible	

Requisitos: En caso que el cambio solicitado pase por evaluación de riesgos según las Tablas de Cambios, es necesario adjuntar la Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual debidamente completada, junto con los documentos requeridos por Bupa (Excepto cambios entre productos Global Health Plans).

¿Ha sido usted o cualquiera de sus dependientes hospitalizado y/o sometido a tratamiento y/o ha tomado medicamentos para una condición específica para la cual no se ha presentado una reclamación? ☐ Sí ☐ No Especifique:

¿Ha cambiado su salud o la de cualquiera de sus dependientes durante el último año? ☐ Sí ☐ No Especifique:

2.2 Cambio de forma de pago *Disponibilidad del cambio únicamente en aniversario

☐ Anual ☐ Trimestral ☐ Semestral

2.3 Cambio de datos de facturación

Nombre	Apellidos		Nombre(s)	
Dirección				
RNC				

2.4 Cambio de: ☐ Domicilio para notificaciones ☐ Residencia

Dirección					
Ciudad		Provincia		Código postal	

2.5 Bajas (Titular, Cónyuge o Dependientes) ☐ Fallecimiento (Anexar acta de defunción) ☐ Otras razones

Nombre	Apellidos	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	DD / MM / AAAA
Nombre	Apellidos	Nombre(s)	Fecha de nacimiento	DD / MM / AAAA

Cancelación de la póliza (marque con una "X") ☐

2. DETALLE DEL CAMBIO SOLICITADO (CONTINUACIÓN)

Motivos

El reembolso de las primas se realizará de acuerdo a lo establecido en las condiciones generales de su póliza.

Cancelación o adición de beneficios (Por favor, adjunte cuestionarios de maternidad y/o trasplante)

☐ Endoso de maternidad y/o trasplante ☐ Trasplante de órganos ☐ Eliminación de deducible

3. ENDOSOS

☐ Adición (Anexar el formato correspondiente) ☐ Eliminación

Especificar endoso

4. CORRECCIONES A LA PÓLIZA

Por favor indique si alguno de los datos solicitados esta incorrecto, por ejemplo la fecha de nacimiento, nombre del titular o algún dependiente, el plan elegido, la vigencia, etc.

Se entiende y acepta que en caso de que la información vertida en el presente formato resulte falsa, el contrato de seguro que en su caso se celebre podrá ser rescindido de pleno derecho de conformidad con lo dispuesto por el artículo _____ de _____ [ley de seguros / código de comercio / etc.]

5. CAMBIO DE FECHA EFECTIVA

Nueva fecha efectiva

DD / MM / AAAA

Para fecha efectiva retroactiva, favor enviar Solicitud de Seguro Individual para Gastos Médicos Mayores.

6. ADICIÓN

Por favor adjunte certificado y/o acta de nacimiento. Especificar si el embarazo fue mediante reproducción asistida. La reproducción asistida es el conjunto de técnicas y tratamientos médicos que facilitan el embarazo cuando éste no se consigue de forma natural debido a problemas de fertilidad, incluyendo pero no limitando inseminación artificial, fecundación in vitro, etc.

6.1 Adición para dependiente (para maternidad cubierta)

Nombre del dependiente

Fecha de nacimiento

DD / MM / AAAA

Peso

Talla

Reproducción asistida: ☐ Sí ☐ No

Para el resto de adiciones (cónyuge o dependientes) es necesario adjuntar la Solicitud de Seguro de Gastos Médicos Mayores Individual debidamente completada, junto con los documentos requeridos por Bupa

7. CAMBIO DE AGENTE

Agente Actual

Clave

Agente Solicitado

Clave

8. AVISO DE PRIVACIDAD

BUPA DOMINICANA, S.A. (en adelante “la Aseguradora”), de conformidad con lo dispuesto por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares, su Reglamento, emite el presente Aviso de Privacidad en los siguientes términos:

La Aseguradora, con domicilio en Av. Winston Churchill, No. 1099, Acrópolis Center, 3er Nivel Piantini, Santo Domingo, República Dominicana, hace de su conocimiento que tratará los datos personales que usted proporcione con identificación de los datos sensibles, para los fines indicados en el presente Aviso de Privacidad.

El tratamiento de datos personales del Asegurado Titular, incluyendo los datos personales sensibles que en su caso lleguemos a recabar, y salvo que el Asegurado Titular disponga lo contrario tiene como finalidad el desarrollo de nuevos productos y servicios, asesoría, comercialización, promoción, contratación y colocación de todo tipo de productos de seguros contratados por usted o la empresa que representa y otras obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica y comercial entre el Asegurado Titular y la Aseguradora, para:

1. La evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, la emisión del contrato de seguro, trámite de solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, información estadística, evaluar la calidad en el servicio, informarle de todos los beneficios de su póliza, otorgarle los servicios que puede usted obtener por la descarga de aplicaciones tecnológicas (“Apps”) en su(s) aplicativo(s) móvil(es) (“apps”), así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la Ley sobre el Contrato de Seguro y en la normatividad aplicable, y compartir su información con los agentes, intermediarios o consultores de seguros de acuerdo a las necesidades derivadas del cumplimiento del contrato.

2. Hacer de su conocimiento la gama de nuevos productos y servicios, así como beneficios, descuentos, promociones, estudios de mercado, sorteos, notificaciones sobre cambio en condiciones y en general toda la publicidad derivada de los servicios que ofrece la Aseguradora, y/o las empresas afiliadas y subsidiarias.

3. Análisis de uso de nuestros productos y servicios.

4. El cumplimiento de nuestros términos y condiciones en la prestación de nuestros servicios.

Los datos sensibles que se pudieran recabar podrán ser utilizados para la identificación de riesgo en la contratación y diseño de productos de seguros.

Desde este momento por la contratación de los servicios que

la Aseguradora ofrece, o por una simple solicitud o cotización de dichos servicios, se entiende que usted, titular de los datos tanto personales como sensibles, al momento de firmar el presente Aviso de Privacidad, está otorgando de manera expresa su consentimiento para la transmisión de dichos datos a:

1. Las empresas afiliadas y subsidiarias o socios comerciales de la Aseguradora, a nivel internacional.

2. Terceros proveedores de servicios para el cumplimiento de las obligaciones legales adquiridas por la Aseguradora, o por cualquiera de las empresas afiliadas y subsidiarias, incluyendo los proveedores de servicios de investigación, análisis de datos, envío de información enfocada a las necesidades del titular de datos personales, así como en la realización de otros servicios financieros necesarios o requeridos por el titular de datos personales. Los terceros y las entidades receptoras de datos personales, asumen las mismas obligaciones y/o responsabilidades de la Aseguradora, de conformidad con lo descrito en el presente Aviso de Privacidad.

3. Autoridades financieras, dominicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales como institución de seguros, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.

4. Autoridades judiciales, dominicanas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a la ley, notificaciones, requerimientos u oficios de carácter judicial.

5. Instituciones, organizaciones o entidades del sector asegurador, para fines de prevención de fraude y selección de riesgos.

La revocación del consentimiento deberá realizarse por escrito en la dirección citada en el presente Aviso de Privacidad o a través de un correo electrónico enviado a la dirección privacidad@bupalatinamerica.com.

Cualquier cambio al presente Aviso de Privacidad, le será informado a través de avisos en el portal de Internet de la Aseguradora, www.bupasalud.com, o mediante cualquier medio de comunicación que tengamos con usted. En todo caso, recomendamos visite la página de Internet antes citada frecuentemente.

Los datos que se recaban por este medio serán tratados conforme a las disposiciones previstas por la ley. La confidencialidad de estos datos está garantizada y protegida para evitar su uso o divulgación indebida.

He leído y me doy por enterado del presente Aviso de Privacidad; de igual forma, estoy de acuerdo en todos sus términos

Por medio del presente formulario, el contratante solicita a Bupa Dominicana, S.A. que aplique los cambios solicitados a la relación contractual. Así mismo, el contratante conviene que el presente formulario formará parte de la documentación contractual de su póliza y dichas modificaciones solicitadas tendrán vigencia una vez que la compañía las acepte y las haga constar en su póliza.

7. FIRMA

Bupa Dominicana, S.A. se reserva el derecho de aceptar los cambios planteados en la presente solicitud.

Firma Asegurado Titular y/o Contratante		Fecha	DD / MM / AAAA
Correo electrónico			

Bupa Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill No. 1099 • Acropolis Center, 3er Nivel, Piantini • Santo Domingo, República Dominicana
Tel: (809) 955 2555 • www.bupasalud.com/MiBupa