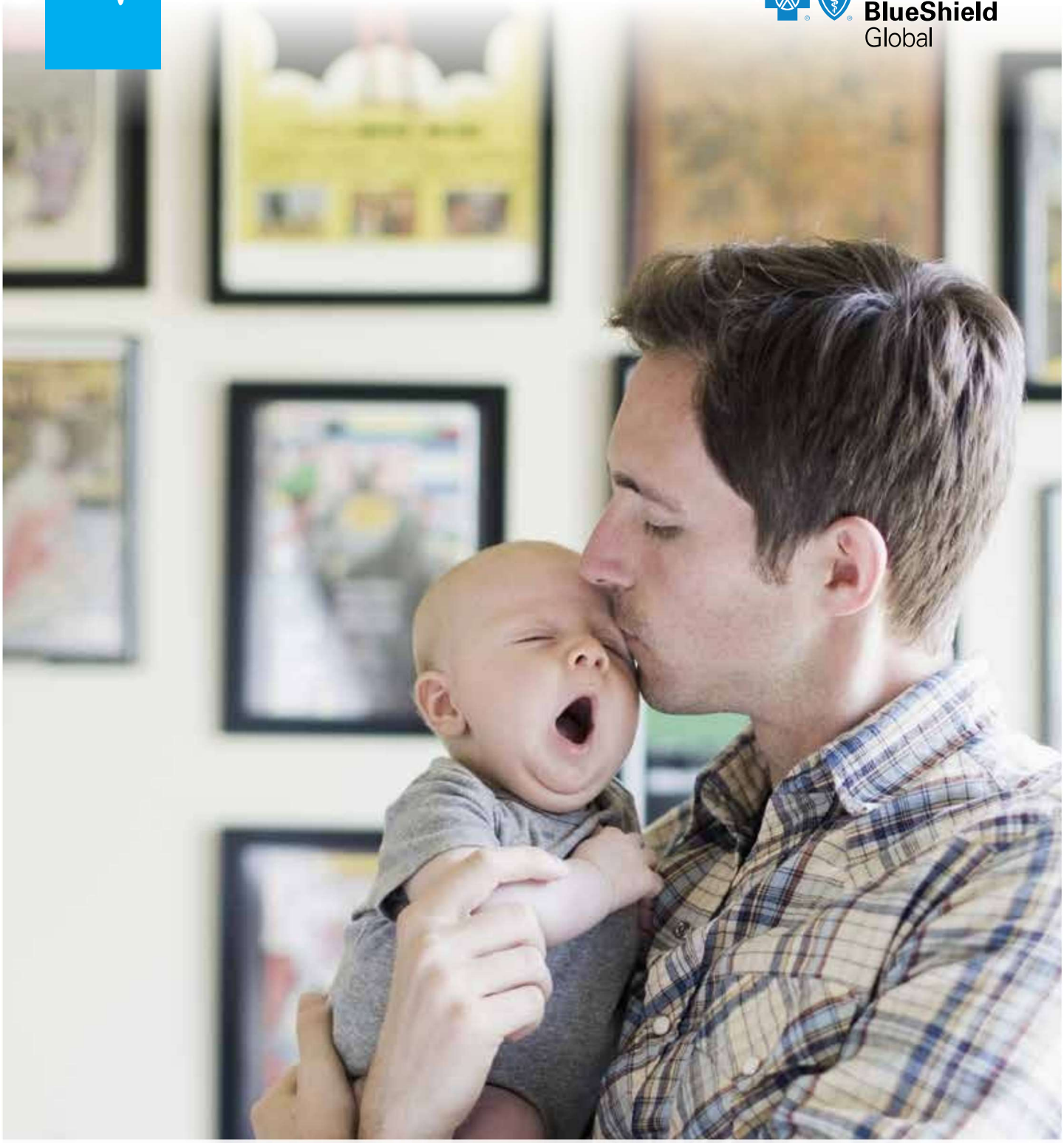
Bupa

BlueCross BlueShield Global



GLOBAL HEALTH PLANS

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES

BUPA ECUADOR

CÓMO USAR ESTE FORMULARIO

Para ayudarle a completar fácilmente este formulario, lo hemos dividido en secciones claramente enumeradas. Con el fin de evitar reescribir un mismo nombre, estos íconos AT 1 2 3 4 representarán a la persona que usted describe en este formulario.

Cuando usted vea AT necesita proporcionar la información del Asegurado Titular y/o Contratante, y los números del 1 al 4 se refieren a los dependientes que se incluirán en la póliza. Si necesita espacio adicional para agregar más dependientes, por favor indíquelo al final de la Sección 4 "Integrantes Adicionales en la Póliza".

INFORMACIÓN IMPORTANTE

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRAS MAYÚSCULAS, CON TINTA NEGRA Y LETRA CLARA.
Una vez completado, puede escanear y enviar su formulario a: emisiones-ecuador@bupalatinamerica.com; sin embargo, recuerde que el original firmado y su documentación de identificación deben ser recibidos en nuestras oficinas ubicadas en Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador, Piso 4, Quito, Ecuador, para que su póliza pueda ser emitida.

Por favor asegúrese de proporcionarnos la información completa y precisa en este formulario de solicitud para cada uno de los integrantes.

Todas las secciones deben ser completadas por el Asegurado Titular y/o Contratante de la póliza.

Es importante que una vez complete este formulario y antes de firmarlo, lo lea y se asegure que la información esté correcta y completa. El proceso de evaluación y emisión podrá iniciarse sólo si la solicitud se ha llenado completamente, no contiene tachaduras ni enmiendas y su documentación ha sido recibida.

Esperamos poder darle la bienvenida como cliente de Bupa Global. Bupa o Bupa Global se refiere a Bupa Ecuador, S.A.

PARA **NUEVOS ASEGURADOS**

Por favor complete de la sección 2 a la 10 y la sección 13.
Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 11.
El productor de seguros debe llenar y firmar la sección 12.

PARA **ASEGURADOS ACTUALES**

Existen cambios que usted puede realizar a su plan completando este formulario. Asegúrese de leer, firmar y escribir la fecha del Consentimiento en la sección 11.

Para cambiar sus datos de contacto:
Usted debe notificarnos de cualquier cambio en su información de contacto para que podamos asegurar que reciba correspondencia importante.
- Complete las secciones 1 a la 3, si corresponden.
- Complete la sección 9, si corresponde.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 11.

Para agregar un nuevo integrante a su plan:
- Complete la sección 1 y de la 5 a la 7.
- Complete las secciones 9 y 10, si corresponden.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 11.

Para cambiar de cobertura (sólo dentro de la gama Global Health Plans):
- Complete la sección 1 y de la 6 a la 8.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 11.

Para hacer cambios a su forma de pago:
- Complete las secciones 1 y 13.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 11.

Bupa Ecuador, S.A. se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si requiere información adicional. Esta solicitud no es válida si tiene tachaduras, enmiendas, corrector o espacios en blanco.

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES GLOBAL HEALTH PLANS

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

PÓLIZA NUEVA ☐	DEPENDIENTE ADICIONAL ☐	CAMBIO ☐
Fecha solicitada de cobertura	DD/MM/AAAA	

1 ASEGURADO TITULAR: DETALLES DE PÓLIZA EXISTENTE (AT)

Número de póliza	

2 INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

PERSONA FÍSICA: DATOS PERSONALES

Llenar si el Contratante y el Asegurado Titular es el mismo. La cobertura iniciará en la fecha de vigencia que se especifique en el Certificado de Cobertura en caso de aprobarse la póliza.

Estado civil*		Masculino ☐ Femenino ☐	Peso		Kg ☐ Lbs ☐	Estatura		Mts.
Nombres								
Apellidos								
Nacionalidad		Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA					
Documento de identificación: Cédula de Identidad (C.I.) ☐ Pasaporte ☐		Número						

(*) Estado civil: por favor indique S para soltero(a), C para casado(a) o conviviente, D para divorciado(a), o V para viudo(a)

DATOS DE CONTACTO

Dirección		Años en el domicilio	
Provincia		Ciudad	
País		Teléfono de residencia	
Correo electrónico		Teléfono móvil	

Status de residencia y ciudadanía: ¿Es usted ciudadano(a) o residente permanente de los EE.UU.? 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 ☐

PERSONA JURÍDICA

Razón social		RUC	

3 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR (AT)

DATOS PERSONALES (COMPLETAR SÓLO SI ES DIFERENTE A LA INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE)

Estado civil*		Masculino ☐ Femenino ☐	Peso		Kg ☐ Lbs ☐	Estatura		Mts.
Nombres								
Apellidos								
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA	Nacionalidad						
Documento de identificación: Cédula de Identidad (C.I.) ☐ Pasaporte ☐		Número						

(*) Estado civil: por favor indique S para soltero(a), C para casado(a) o conviviente, D para divorciado(a), o V para viudo(a)

DATOS DE CONTACTO (COMPLETAR SÓLO SI ES DIFERENTE A LA INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE) (AT)

Dirección		Años en el domicilio	
Provincia		Ciudad	
País		Teléfono de residencia	
Correo electrónico			

Status de residencia y ciudadanía: ¿Es usted ciudadano(a) o residente permanente de los EE.UU.? 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 ☐

¿Viven todos los dependientes en la misma dirección indicada arriba? Sí ☐ No ☐ Si respondió "No", explique:

4 INTEGRANTES ADICIONALES EN LA PÓLIZA

Nombres									1
Apellidos									
Estado civil*		Masculino ☐ Femenino ☐	Peso		Kg ☐ Lbs ☐	Estatura		Mts.	
Nacionalidad			País de residencia						
Documento de identificación: Cédula de Identidad (C.I.) ☐ Pasaporte ☐			Número						
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA		Profesión u ocupación						
Relación con el Asegurado Titular			Correo electrónico						

(*) Estado civil: por favor indique S para soltero(a), C para casado(a) o conviviente, D para divorciado(a), o V para viudo(a)

- Indique en Profesión u ocupación si el dependiente es estudiante.
- Si esta adición 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 ☐

Nombres									2
Apellidos									
Estado civil*		Masculino ☐ Femenino ☐	Peso		Kg ☐ Lbs ☐	Estatura		Mts.	
Nacionalidad			País de residencia						
Documento de identificación: Cédula de Identidad (C.I.) ☐ Pasaporte ☐			Número						
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA		Profesión u ocupación						
Relación con el Asegurado Titular			Correo electrónico						

(*) Estado civil: por favor indique S para soltero(a), C para casado(a) o conviviente, D para divorciado(a), o V para viudo(a)

- Indique en Profesión u ocupación si el dependiente es estudiante.
- Si esta adición 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 ☐

Nombres									3
Apellidos									
Estado civil*		Masculino ☐ Femenino ☐	Peso		Kg ☐ Lbs ☐	Estatura		Mts.	
Nacionalidad			País de residencia						
Documento de identificación: Cédula de Identidad (C.I.) ☐ Pasaporte ☐			Número						
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA		Profesión u ocupación						
Relación con el Asegurado Titular			Correo electrónico						

(*) Estado civil: por favor indique S para soltero(a), C para casado(a) o conviviente, D para divorciado(a), o V para viudo(a)

- Indique en Profesión u ocupación si el dependiente es estudiante.
- Si esta adición 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 ☐

Nombres									4
Apellidos									
Estado civil*		Masculino ☐ Femenino ☐	Peso		Kg ☐ Lbs ☐	Estatura		Mts.	
Nacionalidad			País de residencia						
Documento de identificación: Cédula de Identidad (C.I.) ☐ Pasaporte ☐			Número						
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA		Profesión u ocupación						
Relación con el Asegurado Titular			Correo electrónico						

(*) Estado civil: por favor indique S para soltero(a), C para casado(a) o conviviente, D para divorciado(a), o V para viudo(a)

- Indique en Profesión u ocupación si el dependiente es estudiante.
- Si esta adición 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 ☐

Marque aquí si alguna de estas personas tiene una dirección diferente o desea agregar a más personas. ☐

6 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 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.

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 CUESTIONARIO MÉDICO (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(s) solicitante(s)		
b	¿Ha tenido complicaciones del embarazo? Pre-Eclampsia ☐ Eclampsia ☐		Sí ☐ No ☐
	Nombre de la(s) solicitante(s)		
c	¿Ha tenido algún embarazo ectópico? Fecha:	DD/MM/AAAA	Sí ☐ No ☐
	Nombre de la(s) solicitante(s)		
d	¿Ha tenido algún legrado? Fecha:	DD/MM/AAAA ¿De qué tipo?	Sí ☐ No ☐
	Nombre de la(s) solicitante(s)		
e	¿Ha tenido algún aborto? Fecha:	DD/MM/AAAA Causa:	Sí ☐ No ☐
	Nombre de la(s) solicitante(s)		
f	¿Ha tenido alguna cesárea? Fecha:	DD/MM/AAAA Causa:	Sí ☐ No ☐
	Nombre de la(s) solicitante(s)		
g	¿Ha tenido algún tratamiento de fertilidad/infertilidad? Fecha:	DD/MM/AAAA Causa:	Sí ☐ No ☐
	Nombre de la(s) 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(s) 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)		

INFORMACIÓN ADICIONAL

Complete esta sección si ha respondido en forma afirmativa a cualquier pregunta médica del 1 al 19. Por favor incluya con la mayor precisión posible cualquier detalle, aunque no esté seguro(a) de su importancia.

(a) Describa la enfermedad o problema médico, 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 y utilizó una hoja aparte. ☐

Nombre del solicitante					
No. de la pregunta		Enfermedad o problema médico (a)			
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					
Nombre del solicitante					
No. de la pregunta		Enfermedad o problema médico (a)			
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					

6 CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

Nombre del solicitante					
No. de la pregunta		Enfermedad o problema médico (a)			
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					
Nombre del solicitante					
No. de la pregunta		Enfermedad o problema médico (a)			
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
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	DD/MM/AAAA

Resultado: Normal ☐ Anormal ☐ Si es anormal, favor explique

Hábitos: ¿El Solicitante y/o Dependiente(s) fuma cigarrillos o consume productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Sí ☐ No ☐ Si respondió "Sí", explique abajo.

Nombre		Tipo		Cuanto tiempo		Cantidad/día	

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.

Solicitante	Familiar con el desorden				Desorden
	Padre	Madre	Hermano	Hijo	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	
	☐	☐	☐	☐	

7 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			

8 ELIJA SU PLAN

AT

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

Producto	Deducibles				
	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5
	Dentro/Fuera de Ecuador	Dentro/Fuera de Ecuador	Dentro/Fuera de Ecuador	Dentro/Fuera de Ecuador	Dentro/Fuera de Ecuador
☐ Select	☐ US$250/ US$5,000	☐ US$2,000/ US$2,000	☐ US$5,000/ US$5,000	☐ US$10,000/ US$10,000	☐ US$20,000/ US$20,000
☐ Premier	☐ US$250/ US$5,000	☐ US$2,000/ US$2,000	☐ US$5,000/ US$5,000	☐ US$10,000/ US$10,000	☐ US$20,000/ US$20,000
☐ Elite	☐ US$250/ US$5,000	☐ US$2,000/ US$2,000	☐ US$3,500/ US$3,500	☐ US$5,000/ US$5,000	☐ US$10,000/ US$10,000
☐ Ultimate	☐ US$0/ US$0	☐ US$1,000/ US$1,000			

9 BENEFICIARIO

AT

En caso que el beneficiario del seguro se encuentre impedido por cualquier causa para recibir el reembolso de los gastos médicos incurridos, se designa como beneficiario contingente para que reciba los pagos correspondientes en su nombre y representación a:

Nombres			
Apellidos			
Documento de identificación: Cédula de Identidad (C.I.) ☐ Pasaporte ☐		Número	
Teléfono		Correo electrónico	
Vínculo del Beneficiario con el Asegurado Titular			

10 INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

AT

Si el Solicitante y/o Dependiente(s) cuentan actualmente con cobertura de gastos médicos mayores con otra compañía y mantendrán dicha cobertura, por favor marque aquí ☐ y complete la siguiente información:

Nombre de la compañía			
Número de póliza			
Fecha de renovación	DD/MM/AAAA	Valor del deducible	

11 CONSENTIMIENTO

AT

AVISO DE PRIVACIDAD

BUPA ECUADOR, S.A. (en adelante "la Compañía") emite el presente Aviso de Privacidad en los siguientes términos:

La Compañía, con domicilio en Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador, Piso 4, Quito, Ecuador, 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 Compañía, para:

1. El análisis de su solicitud de seguro y evaluación de riesgo y 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 y en la normativa aplicable, y compartir su información con los Asesores Productores 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 Compañía, y/o las empresas afiliadas y subsidiarias.

11 CONSENTIMIENTO (CONTINUACIÓN)

AT

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 Compañía 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 Compañía, a nivel internacional. Terceros proveedores de servicios para el cumplimiento de las obligaciones legales adquiridas por la Compañía, 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 Compañía, de conformidad con lo descrito en el presente Aviso de Privacidad.
2. Autoridades financieras, ecuatorianas 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.
3. Autoridades judiciales, ecuatorianas y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a la ley, notificaciones, requerimientos u oficios de carácter judicial.
4. 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 Compañía, 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.

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA

CONSENTIMIENTO Y DECLARACIONES

Tengo pleno conocimiento que la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa.

Soy el representante legal de las personas nombradas en este formulario de solicitud, o he obtenido su consentimiento previo y expreso para presentar este formulario de solicitud, dar su consentimiento y hacer declaraciones en su nombre.

Estoy de acuerdo en estar obligado por los términos de la póliza de mi plan de salud (y para la cobertura proporcionada a cualquier otra persona que deba ser cubierta por esta póliza).

Doy mi consentimiento explícito, en mi nombre y el de cualquier otra persona cubierta por la póliza, a la Compañía para procesar los datos personales según lo establecido en el Aviso de Privacidad anteriormente citado y a la política de privacidad de Bupa Global. Confirmo que he divulgado este Aviso de Privacidad a estas personas.

Entiendo que los beneficios pueden no ser pagados en su totalidad o en absoluto y mi póliza puede ser rescindida, si no tengo el cuidado de proporcionar la información requerida en este formulario de solicitud. Donde haya proporcionado información a nombre de cualquier otra persona cubierta por la póliza, confirmo que he comprobado con ellos que la información es correcta antes de completar el formulario de solicitud. Estoy de acuerdo que las leyes correspondientes en Ecuador se aplicarán a la póliza.

ADVERTENCIAS Y CONDICIONES

En vista de la declaración anterior, es esencial que la información completa sea suministrada. No podremos procesar su solicitud si este formulario está incompleto. Por favor, asegúrese de revisar todo el formulario.

Si usted no toma las precauciones necesarias para proporcionarnos la información completa y precisa para completar este formulario de solicitud, podremos tener el derecho de tratar su póliza como si no hubiera existido, o negarnos a pagar la totalidad o parte de una reclamación.

Si usted no toma las precauciones necesarias para proporcionar la información completa y precisa en relación con cualquiera de las otras personas a ser cubiertas por la póliza, esto puede afectar la cobertura de dichas personas.

Le recomendamos que mantenga un registro de toda la información que usted nos proporciona en relación con esta solicitud, incluyendo cualquier otro documento o formulario.

Si usted desea recibir una copia de este formulario de solicitud, por favor solicítelo a la Compañía. Este formulario debe ser recibido por la Compañía dentro de las seis semanas siguientes a la fecha que se firma este documento. De lo contrario, no podremos procesar su solicitud y usted deberá completar y presentar un nuevo formulario.

11 CONSENTIMIENTO

AT

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Estoy de acuerdo que cualquier cobertura que pueda adquirir en los Estados Unidos o en otro país, conllevará a la posible terminación de mi cobertura con Bupa Ecuador, S.A. Además, deberé informar a Bupa Ecuador, S.A. si yo o cualquiera de mis dependientes bajo la póliza, nos hemos convertido en residentes permanentes de los Estados Unidos de América o cualquier otro país distinto a Ecuador.

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 listadas arriba. Esta solicitud es válida por 90 días calendario a partir de la fecha en que ha sido firmada.

Si cualquiera de los asegurados requiere cuidado o tratamiento médico después de que la solicitud de seguro ha sido firmada, pero antes de la fecha efectiva de la póliza, deberá proporcionar detalles completos a Bupa Ecuador, S.A. para la aprobación final antes de que la cobertura se haga efectiva. En caso de que la póliza fuese aprobada durante este periodo, Bupa Ecuador, S.A. se reserva el derecho de modificar las condiciones de aprobación de la póliza y/o la fecha efectiva de la misma.

Queda entendido y convenido que: Bupa Ecuador, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Firma del Asegurado Titular		Fecha	DD/MM/AAAA
Nombre del Asegurado Titular			
Firma del Contratante		Fecha	DD/MM/AAAA
Nombre del Contratante			

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA QUEJA

Si usted tiene alguna inquietud o queja, puede comunicarse con el Ejecutivo de Servicio al teléfono (593-2) 396 5600.

También puede enviarnos un correo electrónico a SACEcuador@bupalatinamerica.com, o le podremos atender en nuestras oficinas ubicadas en:

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú

Ed. San Salvador, Piso 4

Quito, Ecuador

12 RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN (PARA SER LLENADO POR EL ASESOR PRODUCTOR DE SEGUROS)

Los Asesores Productores de Seguros deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar un seguro, sobre el alcance real de su cobertura y forma de conservarla o darla por terminada. Asimismo proporcionarán a la institución de seguros la información auténtica que sea de su conocimiento relativa al riesgo cuya cobertura se proponga a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas. En el ejercicio de sus actividades deberán apegarse a la información que proporcionen las instituciones para este efecto, así como a sus tarifas, pólizas, endosos, planes de seguros y demás circunstancias técnicas utilizadas por las instituciones de seguros.

Los Asesores Productores de Seguros no podrán intervenir en la contratación de los seguros que determine el reglamento respectivo, cuando su intervención pueda implicar situaciones de coacción o falta a las prácticas profesionales generalmente aceptadas en el desarrollo de la actividad. Los agentes, intermediarios o consultores de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentes o adversos en cualquier forma para las mismas. Como productor, acepto completa responsabilidad por la presentación de esta solicitud, el envío de todas las primas cobradas por mi conducto, y la entrega de la póliza cuando sea emitida. Así mismo hago constar que he explicado al asegurado los alcances y condiciones generales de este seguro.

Desconozco de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que afecte la asegurabilidad de los propuestos asegurados.

Clave del Asesor Productor de Seguros		Nombre	
Fecha	DD/MM/AAAA	Firma	

13 DETALLES DEL PAGO

AT

MODALIDAD DE LA PÓLIZA: ANUAL ☐ SEMESTRAL ☐ TRIMESTRAL ☐

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 1

☐ CHEQUE DE CAJA ☐ CHEQUE PERSONAL

☐ GIRO BANCARIO ☐ DEPÓSITO EN CUENTA

PARA DEPÓSITO EN CUENTA:
Banco Pichincha
Bupa Ecuador, S.A.
RUC 1791782402001
Número de cuenta: 3477969104

NO ENVIAR EFECTIVO. El pago debe ser emitido a nombre de Bupa Ecuador, S. A.

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 2

☐ TRANSFERENCIA BANCARIA

Banco Intermediario:
Citibank N.A.
111 Wall Street
New York, NY 10043

SWIFT/CHIPS: CITIUS33
ABA: 021000089
Número de cuenta:
10992058

Beneficiario:
Tipo de cuenta: Corriente
Número de cuenta: 0082420665
Nombre de la cuenta: Bupa Ecuador, S.A.
Dirección: Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador, Piso 4, Quito, Ecuador

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 3

☐ TARJETA DE CRÉDITO
*__Adjuntar formulario__

14 DECLARACIÓN DE ORIGEN Y DESTINO DE FONDOS

Conocedor (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 licitas.

15 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 y/o Contratante Firma	

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control aprobó el presente formulario con el número de registro 50860, con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00080903-O del 1 de octubre de 2018.

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 Tel: (809) 955 2555
www.bupasalud.com/MiBupa

ECU-SSEG-GHP-V21.01