









SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES



BUPA PANAMÁ

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      representarán a la persona que usted describe en este formulario.

Cuando usted vea  necesita proporcionar la información del Asegurado Titular y/o Contratante, y los números del  al  se refieren a los dependientes que se incluirán 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@bupalatinamerica.com o a través de nuestro portal www.bupasalud.com.pa; sin embargo, recuerde que el original firmado y su documentación de identificación deben ser recibidos en nuestras oficinas ubicadas en P.H. Prime Time, Piso 25, Of. 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda, Panamá, República de Panamá, 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. Por favor proporcione copia de la cédula de identidad y electoral, o su equivalente en otro país, y/o pasaporte para cada solicitante.

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 ha sido llenada completamente y no contiene tachaduras ni enmendaduras y su documentación ha sido recibida.

Esperamos poder darle la bienvenida como cliente de Bupa Global. Bupa o Bupa Global se refiere a Bupa Panamá, 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 agente, intermediario o consultor 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 Panamá, 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, enmendaduras, corrector o espacios en blanco.

GLOBAL HEALTH PLANS SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

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

PÓLIZA NUEVA DEPENDIENTE ADICIONAL CAMBIO DE PLAN

Fecha solicitada de cobertura

1 ASEGURADO TITULAR: DETALLES DE PÓLIZA EXISTENTE



Número de póliza

2 INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE



PERSONA NATURAL: DATOS PERSONALES

La cobertura iniciará en la fecha de vigencia que se especifique en la Carátula de su Póliza en caso de ser aprobada.

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Sexo: M F Peso: Lbs Kg Estatura (Mts)

Nombres

Apellidos

Cédula

Fecha de nacimiento

País de nacimiento

País de residencia

Ocupación o profesión

Ingresos anuales promedio

Lugar(es) donde tributa

¿El solicitante es una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? Sí No

¿Tiene parentesco con una PEP? Sí No

¿Es asociado cercano de una PEP? Sí No

Indique si es contribuyente Fiscal Sí No

Número de RUC y DV

PERSONA JURÍDICA

Nombre

Fecha de constitución

R.U.C

DV

Actividad comercial o giro del negocio

Ingresos anuales promedio

Lugar(es) donde tributa

DATOS DE CONTACTO

Dirección de residencia

Provincia

Distrito

Corregimiento

Calle / Avenida

Sector / Edificio

Casa / Apartamento

Teléfono residencial o celular

¿Es usted residente de los EE.UU.? Sí No

Lugar de trabajo

Cargo que desempeña

Dirección laboral

Provincia

Distrito

Corregimiento

Calle / Avenida

Sector / Edificio

Casa / Apartamento

Teléfono laboral

Correo electrónico

3 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL TITULAR



DATOS PERSONALES (Completar sólo si es diferente a la información del contratante, persona natural)

Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Sexo: M F Peso: Lbs Kg Estatura (Mts)

Nombres

Apellidos

Cédula

Fecha de nacimiento

País de nacimiento

País de residencia

Ocupación o profesión

Ingresos anuales promedio

¿El solicitante es una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? Sí No

¿Tiene parentesco con una PEP? Sí No

¿Es asociado cercano de una PEP? Sí No

Indique si es contribuyente Fiscal Sí No

Número de RUC y DV

3 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL TITULAR (CONTINUACIÓN)



DATOS DE CONTACTO

Dirección de residencia

Provincia		Distrito		Corregimiento	
Calle / Avenida		Sector / Edificio		Casa / Apartamento	
Teléfono residencial o celular		¿Es usted residente de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Lugar de trabajo		Cargo que desempeña			
Dirección laboral					
Provincia		Distrito		Corregimiento	
Calle / Avenida		Sector / Edificio		Casa / Apartamento	
Teléfono laboral		Correo electrónico			

4 REDUCCIÓN MUNDIAL DEL CONSUMO DE PAPEL



En Bupa Global hacemos lo posible por proteger el medio ambiente. Por ello animamos a nuestros asegurados a elegir la vía digital. De esta forma el asegurado acepta recibir todos sus documentos y correspondencia enviada por nosotros a través de www.bupalud.com. Por favor confirme que nos ha proporcionado una dirección de correo electrónico válida para poder contactarle. Esto quiere decir que usted y sus dependientes no recibirán copias impresas. En caso de necesitar documentos impresos, por favor marque el recuadro.

5 INTEGRANTES ADICIONALES EN LA PÓLIZA



Nombres						1		
Apellidos								
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Divorciado	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Peso: <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> Kg	Estatura (Mts)	
Nacionalidad				País de residencia				
Tipo de Identificación				Número y extensión				
Fecha de nacimiento				Profesión u ocupación				
Relación con el AT				Correo electrónico				

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:	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Divorciado	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Peso: <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> Kg	Estatura (Mts)	
Nacionalidad				País de residencia				
Tipo de Identificación				Número y extensión				
Fecha de nacimiento				Profesión u ocupación				
Relación con el AT				Correo electrónico				

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:	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Divorciado	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Peso: <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> Kg	Estatura (Mts)	
Nacionalidad				País de residencia				
Tipo de Identificación				Número y extensión				
Fecha de nacimiento				Profesión u ocupación				
Relación con el AT				Correo electrónico				

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

5 INTEGRANTES ADICIONALES EN LA PÓLIZA (CONTINUACIÓN)

4

Nombres			
Apellidos			
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado	Sexo:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Peso:	<input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/> Kg	Estatura (Mts)	
Nacionalidad	País de residencia		
Tipo de Identificación	Número y extensión		
Fecha de nacimiento	Profesión u ocupación		
Relación con el AT	Correo electrónico		
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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

6 CUESTIONARIO MÉDICO

AT

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.

SECCIÓN 1

Contestación afirmativa en cualquier de las siguientes deberá pasar a la siguiente sección

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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
4	¿Tiene algún síntoma o dolor persistente o reiterado, no diagnosticado? Responda si, si recientemente ha tenido algún síntoma o dolor que no ha sido estudiado o diagnosticado.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
5	¿Está embarazada o ha estado embarazada alguna vez?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió "Sí", ¿Tiene o ha tenido usted alguna complicación relacionada a su(s) embarazo(s) (abortos/embarazos ectópico/eclampsia/preeclampsia)? Si su respuesta es afirmativa, complete la sección de información adicional.		
Nombre del(los) solicitante(s)		

SECCIÓN 2

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).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
3	Trastornos en Sistema Respiratorio (por ejemplo, asma, EPOC, infecciones respiratorias, neumonía o bronquitis, entre otros).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		

6 CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

5	Dermatología - piel y anejos (por ejemplo, eczema, dermatitis, psoriasis, acné, entre otros).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
6	Sistema Neurológico (por ejemplo: Esclerosis Múltiple, ictus, epilepsia, migrañas, neuritis, hemi o paroplejía, entre otros).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
7	Sistema Musculo-esquelético (por ejemplo, artritis, dolor de espalda, desordenes de columna vertebral, alteraciones en articulaciones operadas o no, fracturas, cirugías, entre otros).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
10	Hematología e inmunología -Enfermedades de la sangre o inmunológicas (por ejemplo, Lupus, anemias y autoinmunes, entre otros).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
11	Enfermedades de ojos, nariz, oídos, o garganta (por ejemplo, catarata, glaucoma, queratitis, sinusitis, entre otros).	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
15	Enfermedades infecciosas relevantes y/o de transmisión sexual como: Hepatitis Crónica, Tuberculosis, VIH/ Sida, Malaria, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre del(los) solicitante(s)		
16	¿Alguna otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía/ hospitalización pendiente no mencionada arriba?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.

- Describa la enfermedad o problema médico, indicando la zona del cuerpo afectada (por ejemplo, la pierna derecha, el ojo izquierdo).
- Describa el tipo de tratamiento (médico, quirúrgico, rehabilitación) y el resultado (en curso, completado en recuperación, recurrente, probable que se repita)
- 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	Inicio del tratamiento	Fin del tratamiento	
Tratamiento (b) (c)			

6 CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

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

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

Nombre del solicitante			
No. de la pregunta		Enfermedad o problema médico (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:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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 PRODUCTO Y PLAN A CONTRATAR



Producto		Deducible	
----------	--	-----------	--

Opción 20% coaseguro fuera de Panamá

El detalle de los productos y sus deducibles se encuentran detallados en el Cotizador aprobado por la Superintendencia de Seguros y Reraseguros de Panamá, disponible en nuestra página web www.bupasalud.com

9 DESIGNACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA



En mi condición de asegurado titular designo a la persona cuyos datos se presentan a continuación, para que pueda contactar a la aseguradora en caso de encontrarme impedido por cualquier causa, con el fin de recibir información concerniente a mi persona y/o cualquier asegurado de esta póliza y los procesos relacionados con esta. (No designar a un miembro de la póliza).

Nombres			
Apellidos			
Nacionalidad		Tipo de Identificación	Número
Teléfono		Correo electrónico	

10 INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS



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		Valor del deducible	

11 CONSENTIMIENTO Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES



PRIVACIDAD Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES

Por la presente y en pleno conocimiento de los derechos y obligaciones contenidos en la ley No. 68 del 20 de noviembre de 2003, la ley 81 de 2019 y demás normas afines, manifiesto de manera voluntaria, para que trascienda en caso de pérdida de las facultades y/o capacidad de manifestación de, o toma de decisiones y aun después de mi fallecimiento, mi libre intención en desde ya autorizar a todo médico, terapeuta, profesional de la salud, laboratorio clínico, hospital, clínica, Entidades de la Caja de Seguro Social y del Ministerio de Salud o instalación médico o sanitaria administrada por el ministerio de salud y cualesquiera otra institución gubernamental, pública o institución o empresa de naturaleza privada o cualquier otro proveedor de servicios de salud que sea administrado por entidades con o sin fines de lucro, o aseguradora, o empleador, o tenedor de pólizas de grupo, tanto en el territorio panameño como en cualquier país extranjero, que tenga datos o información sobre mi o mis dependientes con referencia a cualquier tratamiento, enfermedad, padecimiento, examen clínico y paraclínico, dictamen, diagnóstico, prediagnósticos, procedimiento, u hospitalización, relacionada a mi persona en el área de salud de cualquier naturaleza, así como copia autentica de mi cuadrícula médica o expediente clínico completo, correspondiente a cualquier etapa de mi vida o de mis dependientes, a dar entregar a BUPA PANAMA S.A. o a su representante autorizado esta dicha información y/o documentación.

También autorizo a cualquier organización o persona que tenga cualquier información importante, no médica relacionada directa o indirectamente con la Póliza, sobre mi o mis dependientes a dar información a BUPA PANAMA SA o a su representante autorizado.

Una fotocopia de esta autorización será válida como su original.

Con esta manifestación de voluntad libre y espontánea autorizo a todas las entidades antes listadas y cualesquiera otras de similar naturaleza, en donde haya sido atendido, a entregar a BUPA PANAMA S.A. o a su representante legal autorizado cualquier información y/o documentación que guarde relación con lo antes expuesto.

Por lo anterior relevo (relevamos) y libero(liberamos) a todas esas personas, instituciones privadas y/o públicas, nacionales o extranjeras, de toda responsabilidad que se pueda atribuir por suministrar, revelar y entregar copia autentica de dicha información y documentación arriba descrita. El suministro de dicha información es esencial para que BUPA PANAMA SA, pueda hacer una justa valoración de la solicitud de seguro y poder emitir póliza de salud sea para mi o mis dependientes y también para la valoración de futuras autorizaciones y reclamaciones de beneficios en caso de emitir y entregar una póliza para mi o mis dependientes.

Autorizo al corredor a que reciba y acepte en mi nombre cualquier información, solicitud de información o notificación por parte de la aseguradora al igual que la póliza efectiva. Cualquier solicitud o instrucción que haga el corredor a BUPA PANAMA, S.A. con relación a esta póliza se entenderá que la hacen en mi nombre y representación para todos los efectos legales.

BUPA PANAMÁ, S.A. (en adelante "la Aseguradora"), hace de su conocimiento que tratará los datos personales que usted proporcione con identificación de los datos sensibles, para los fines indicados en su aviso de privacidad correspondiente al producto al que se refiere esta solicitud, documento que está publicado en: www.bupasalud.com.pa.

Salvo que el Asegurado Titular/Principal y/o el Contratante dispongan lo contrario, el tratamiento de datos personales del Asegurado Titular y/o del Contratante, y (en su caso) también los de sus respectivos Dependientes, incluye aquellos datos médicos que aparezcan en expedientes clínicos a los que la Aseguradora tenga acceso con la autorización del paciente y que nosotros lleguemos a recabar.

PRIVACIDAD Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES

Dicho tratamiento de datos personales tiene como finalidades aquellas que aparecen detalladas en nuestro aviso de privacidad referido en el párrafo anterior. De manera muy general, dichas finalidades de tratamiento de datos personales comprenden, entre otras, a las siguientes: para el desarrollo de nuevos productos y servicios; para darle asesoría a los Asegurados y/o al Contratante; para la comercialización, promoción, contratación y/o colocación a los Asegurados y/o al Contratante, de todo tipo de productos de seguros y servicios conexos; para el cumplimiento y prestación de cualesquiera otras obligaciones que puedan derivar de cualquier relación jurídica y/o comercial entre la Aseguradora con el Asegurado Titular/Principal y/o con el Contratante de la póliza; para el análisis de nuestros productos y servicios; para el cumplimiento de nuestros términos y condiciones correspondientes a la póliza de seguro; y para la prestación de todos y cualesquiera de nuestros servicios a los Asegurados.

Los datos que la Aseguradora recaba por este medio y todos los que recabe a partir de la emisión de la póliza de seguro solicitada por este documento y en relación con la prestación de servicios que sean brindados bajo la misma a los Asegurados, serán tratados conforme a las disposiciones previstas en la ley 12 de 2012, en la ley 68 de 2003 y en la ley 81 de 2019 y en sus respectivos Reglamentos vigentes (o en las leyes que las reemplacen, subroguen o modifiquen). La confidencialidad y la seguridad de los datos personales que son recabados por la Aseguradora está garantizada y protegida para fines evitar su uso o divulgación indebida o no-autorizada.

AUTORIZACIÓN PARA MANEJO DE INFORMACIÓN MÉDICA

He leído, entiendo y me doy por enterado del contenido de esta sección. Así mismo también declaro que he recibido, leído y explícitamente aceptado el aviso de privacidad de la Aseguradora correspondiente al producto que solicito por medio de este documento.

Nombre del Asegurado Titular y/o contratante

--

Firma del Asegurado Titular y/o contratante

--	--

Fecha

DECLARACIONES

El firmante de este documento declara que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera, exacta y es completa. Cualquier información falsa, incompleta o inexacta proporcionada podrá traer como consecuencia la nulidad del contrato de póliza que la Aseguradora emita a partir de esta solicitud, en virtud del Artículo 1000 del Código de Comercio de la República de Panamá.

El firmante declara ser (según corresponda), el representante o tutor legal de las personas nombradas en este formulario de solicitud, o que alternativamente a ello ha obtenido el consentimiento previo y explícito de sus representados para utilizar sus datos personales a fin completar este formulario y de presentarlo a Bupa Panamá S.A. proporcionando su información personal a la Aseguradora. Mis representados, además me han dado su consentimiento para hacer declaraciones en su nombre, ante la Aseguradora. 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 cubierto por esta póliza).

Estoy de acuerdo que cualquier cobertura que pueda adquirir en los Estados Unidos de América, conllevará a la terminación de mi cobertura con Bupa Panamá, S. A. (en adelante "la Aseguradora") al informar a la Aseguradora que me he convertido en un residente de los EE.UU. (o en el caso que una persona adicional en la póliza se convierta en residente de los EE.UU., su cobertura bajo esta póliza terminará).

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.

Soy consciente que las leyes vigentes en la República de Panamá y sus reglamentos son aplicables 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.

11 CONSENTIMIENTO Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES (CONTINUACIÓN)



Le recomendamos que mantenga un registro de toda la información que usted nos proporciona en relación con esta solicitud, incluyendo cartas. Si usted desea recibir una copia de este formulario de solicitud, por favor solicítelo. Este formulario debe ser recibido por la Aseguradora dentro de seis semanas después de la fecha de declaración.

Complete el formulario con la historia médica completa y actualizada antes de firmarlo y escribir la fecha. Si recibimos este formulario después de seis semanas a partir de la fecha de la declaración, o con información incompleta, no podremos procesar su solicitud y usted deberá completar y presentar un nuevo formulario.

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

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Estoy de acuerdo que cualquier cobertura que pueda adquirir en los Estados Unidos o en cualquier otro país, conllevará a la posible terminación de mi cobertura con Bupa Panamá, S.A. Además, deberé informar a Bupa Panamá, 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 Panamá.

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 Panamá, 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 Panamá, S.A. se

Clave del agente		Clave de promotor	
Nombre del agente			
Fecha		Firma	

12 FORMATO DE ENTREVISTA PERSONAL



Nombre del AT y/o contratante			
Fecha de visita anterior		Fecha de visita actual	
Ocupación		Relación con el Asegurado Principal/Titular	

Relación de documentos persona natural

<input type="checkbox"/>	Cédula de identidad personal o pasaporte
<input type="checkbox"/>	Registro civil de nacimiento o cédula juvenil de los menores de edad
<input type="checkbox"/>	Documento con que se acredite estadía legal en el país, en caso de extranjeros
<input type="checkbox"/>	Factura de Servicios Públicos
<input type="checkbox"/>	Referencia Bancaria

Relación de documentos persona jurídica

<input type="checkbox"/>	Certificado del Registro Público
<input type="checkbox"/>	Pacto social y enmiendas (si las tiene)
<input type="checkbox"/>	Poder (si lo hubiere) con facultad para contratar servicios
<input type="checkbox"/>	Aviso de Operaciones (si aplica)
<input type="checkbox"/>	Copia de documento de identidad de directores, dignatarios, representantes legales, apoderados y accionistas
<input type="checkbox"/>	Formulario Conoce a tu Cliente Persona Jurídica, firmado por el representante legal o apoderado

Las copias simples de los documentos fueron cotejadas contra sus originales.

La presente visita fue realizada por:

Nombre	
Apellidos	
Firma del entrevistador	

13 DETALLES SOBRE EL PAGO



MODALIDAD DE LA PÓLIZA: ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL MENSUAL

*Esta modalidad de pago aplica únicamente si usted elige cargo automático con tarjeta de crédito.

Asegurado Titular

Parentesco con el Asegurado Titular:

- | | | |
|------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mismo | <input type="checkbox"/> Padre/Madre | <input type="checkbox"/> Hermano(a) |
| <input type="checkbox"/> Nieto(a) | <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> Hijo(a) |
| <input type="checkbox"/> Abuelo(a) | <input type="checkbox"/> Representante Legal | <input type="checkbox"/> Otro |

El agente, intermediario o consultor se obliga a verificar los datos de la tarjeta de crédito responsabilizándose de éstos. Solicitamos fotocopia por ambos lados de la identificación del titular de la tarjeta de crédito.

MÉTODO DE PAGO

TARJETA DE CRÉDITO

(Incluir formulario de autorización de pago Tarjeta de Crédito)

GIRO BANCARIO

CHEQUE PERSONAL

TRANSFERENCIA BANCARIA

NO SE ACEPTAN PAGOS EN EFECTIVO.
LOS CHEQUES DEBEN SER EMITIDOS A NOMBRE DE BUPA PANAMÁ, S. A.

TRANSFERENCIA BANCARIA LOCAL

1. Para realizar transferencias locales (ACH), colocar en el detalle el número de póliza y nombre del asegurado:

Banco: BANCO GENERAL

Cuenta de Ahorro #04-01-37-000620-1

A/N: Bupa Panamá, S.A

Banco: CITIBANK, N.A

Cuenta Corriente #0150729025 A/N: Bupa Panamá, S.A

Banco: GLOBAL BANK

Cuenta de Ahorro #50303001290 A/N: Bupa Panamá, S.A

TRANSFERENCIA BANCARIA INTERNACIONAL

2. Para realizar transferencias internacionales, colocar en el detalle el número de póliza y nombre del asegurado:

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

ABA#: 021000089

SWIFT #: CITIUS33

Banco Beneficiario: Citibank, N.A.- Sucursal Panamá

Cuenta #: 10991266

Para crédito final a: Bupa Panamá, S.A. Cuenta corriente No. 0150729025

SWIFT: CITIPAP10PA

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

Bupa Panamá, S.A.

P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda · Panamá, República de Panamá
Tel: (507) 321 6200 · Fax: (507) 830 5212 · www.bupasalud.com/MiBupa

Bupa Panamá, S. A.

P.H. Prime Time, Pis

Of. 25B, Costa del Este Ave. La Rotonda,
Panamá República de Panamá

Tel. (507) 321 6200

www.bupalud.com