

CORPORATE CARE FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ASEGURADO PARA SEGURO DE SALUD DE GRUPO



Inscripción del empleado Dependientes adicionales

Fecha de elegibilidad:

1. INFORMACIÓN DEL GRUPO

Nombre del Grupo	<input type="text"/>	Número del Grupo	<input type="text"/>
------------------	----------------------	------------------	----------------------

2. INFORMACIÓN PERSONAL

Por favor proporcione la información de todos los asegurados incluidos bajo esta membresía.

Nombre	Relación con el empleado	Ciudadano de los EE.UU.	Estado civil*	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso	Estatura
Apellido Nombre Inicial		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lbs	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies
Apellido Nombre Inicial		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lbs	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies
Apellido Nombre Inicial		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lbs	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies
Apellido Nombre Inicial		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lbs	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies
Apellido Nombre Inicial		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lbs	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies
Apellido Nombre Inicial		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lbs	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies

*S - soltero M - casado(a) DP - compañero(a) doméstico(a) D - divorciado(a) W - viudo(a)

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada y marque aquí para confirmar

Si esta solicitud incluye hijos entre **19 años de edad o mas**, ¿es alguno de ellos estudiante a tiempo completo en un colegio o universidad? Sí No
Si respondió "Sí", favor indicar el nombre del colegio o universidad:

<input type="text"/>

3. INFORMACIÓN GENERAL

Dirección residencial	<input type="text"/>		
Ciudad	<input type="text"/>	Estado	<input type="text"/>
Pais	<input type="text"/>		
Dirección postal (si es diferente a la anterior)	<input type="text"/>		
Ciudad	<input type="text"/>	Estado	<input type="text"/>
Pais	<input type="text"/>		
Por favor envíe correspondencia a:	<input type="checkbox"/> Dirección residencial <input type="checkbox"/> Dirección laboral		
Teléfono residencial	<input type="text"/>	Teléfono laboral	<input type="text"/>
Teléfono celular	<input type="text"/>		
Correo electrónico	<input type="text"/>		

4. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

Por favor incluya cualquier otra póliza de seguro de salud vigente o solicitud en proceso con Bupa u otra compañía.

Aseguradora	<input type="text"/>
-------------	----------------------

5. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Certifico que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en este Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo y que, a mi mejor entendimiento están completas y son verdaderas. Entiendo que cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta puede causar que las reclamaciones sean denegadas, y que la póliza sea modificada, rescindida o cancelada. Si cualquier asegurado requiere cuidado o tratamiento médico después de que tanto el Formulario de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo como el Suplemento Médico han sido firmados, pero antes de la fecha efectiva de esta membresía, proporcionaré a Bupa Panamá, S.A. los detalles completos para la aprobación final antes de que la cobertura sea emitida.

Estoy de acuerdo en aceptar mi membresía en esta Póliza de Grupo bajo los términos y condiciones como ha sido emitida. Por este medio autorizo al Administrador de Grupo para que reciba mi Guía para Asegurados, mi Certificado de Membresía y cualquier otro documento relacionado con mi cobertura de seguro.

Autorización para recaudar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a Bupa Panamá, S.A. y sus filiales en Miami (colectivamente denominadas "Bupa") para solicitar mi información de salud protegida, así como la de mis dependientes, sin limitación, registros médicos y cualquier historial/registro de medicamentos por receta, registros o planes de tratamiento y cualquier otra información médica o farmacéutica para ser considerada en el proceso de evaluación de riesgo con respecto a la solicitud de cobertura para mi persona y mis dependientes. Autorizo por este medio a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia, o cualquier otro proveedor médico, plan de salud, empleador/asegurado titular de grupo o administrador de plan de beneficios, la Oficina de Información Médica (MIB), y cualquier otra organización o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga acceso a registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud para revelar dicha información a Bupa, sus Asociados de Negocios, o sus representantes designados (colectivamente denominados "Entidades de Bupa").

La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud. Entiendo que Bupa se basará en dicha información para 1) evaluar el riesgo de esta solicitud de cobertura y tomar decisiones sobre la elegibilidad, clasificación de riesgo, emisión de la póliza e inscripción de todos los solicitantes, 2) administrar reclamaciones y determinar o cumplir la responsabilidad de cobertura y suministro de beneficios, 3) administrar la cobertura, y 4) llevar a cabo otras operaciones de seguro conforme a la ley pertinente.

Entiendo que la capacidad de Bupa para evaluar la cobertura depende de recibir toda la información de salud necesaria. Por lo tanto, el negarme a dar mi autorización (marcar "No" abajo) resultará en la denegación de mi solicitud para recibir cobertura.

Sí No

Autorización para revelar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a Bupa Panamá, S.A. y sus filiales en Miami (colectivamente denominadas "Bupa") para usar y revelar al Administrador del Grupo las condiciones de mi póliza, mi certificado de cobertura y otros documentos de seguro, información de pagos, reclamaciones y solicitudes de reembolso, y registros médicos que puedan contener información de salud protegida que les permitirá atender mis preguntas y facilitar la interacción relacionada con mi cobertura de seguro, pagos y reclamaciones. Entiendo que el uso que el Administrador del Grupo haga de mi información de salud protegida está limitado a los documentos del Plan de Grupo, tal como es requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) de los Estados Unidos de América.

Sí No

Entiendo que:

- Bupa usará cualquier información suministrada en esta solicitud y recibida por medio de esa autorización antes de la fecha de vigencia de la cobertura para considerar mi solicitud.
- Bupa cumplirá con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) y que la información será revelada de manera pertinente conforme a lo estipulado por HIPAA.
- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Una copia de la autorización será tan válida como el original.
- La autorización permanecerá vigente mientras la cobertura esté vigente, incluyendo las renovaciones automáticas.
- Esta autorización es voluntaria y la información revelada conforme a esta autorización podría quedar sujeta a volver a ser revelada por quienes la reciban, y ya no estará protegida bajo la ley HIPAA.
- Tengo el derecho de revocar esta autorización previo aviso por escrito a Bupa. Sin embargo, la revocación no cobrará vigencia hasta que Bupa reciba y procese dicha revocación. Las revocaciones deberán ser enviadas por correo postal o electrónico a:

Bupa Privacy Office

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

Privacyoffice@bupalatinamerica.com

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.

Firma del Asegurado		Fecha	
Firma del Cónyuge		Fecha	
Firma del Administrador del Grupo o su Representante Autorizado		Título	
Nombre del Administrador del Grupo o su Representante Autorizado		Fecha	

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 • (507) 830-5212 • www.bupasalud.com/MiBupa