

BUPA CORPORATE CARE FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL EMPLEADO PARA SEGURO DE SALUD DE GRUPO

Código: 201-934767-2014 02 020 3002

R.A. APS/DS/N°032/2021



☐ Inscripción del empleado ☐ Dependientes adicionales Fecha de elegibilidad:

1. INFORMACIÓN DEL GRUPO

Nombre del Grupo		Número del Grupo	
------------------	--	------------------	--

2. INFORMACIÓN PERSONAL

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

Nombre	Relación con el empleado	Estado civil*	Ciudadano de los EE.UU.	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso ☐ Kg ☐ Lbs	Estatura ☐ M ☐ Pies
Apellido Nombre Inicial			☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	☐ M ☐ F		
Apellido Nombre Inicial			☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	☐ M ☐ F		
Apellido Nombre Inicial			☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	☐ M ☐ F		
Apellido Nombre Inicial			☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	☐ M ☐ F		
Apellido Nombre Inicial			☐ Sí ☐ No	DD / MM / AA	☐ M ☐ F		

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

Si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional, firmada y fechada. Si se ha utilizado, marque aquí para confirmar. ☐

Si esta solicitud incluye hijos de 19 años de edad o más, ¿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:

3. INFORMACIÓN GENERAL

Dirección residencial					
Ciudad		Estado		País	
Dirección postal (si es diferente a la anterior)					
Ciudad		Estado		País	

Por favor envíe correspondencia a: ☐ Dirección residencial ☐ Dirección postal

Teléfono residencial		Teléfono laboral	
Teléfono celular		E-mail	

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	
-------------	--

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Certifico que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en este Formulario de Inscripción del Empleado 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 Empleado 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 los detalles completos para la aprobación final antes de que la cobertura sea emitida.

La reticencia o inexactitud en las declaraciones del asegurado sobre los hechos y circunstancias que conocidos por el asegurador, le hubieran inducido no aceptar el contrato o a estipular condiciones distintas, hacen anulable el contrato de seguro. La reticencia o la inexactitud en las declaraciones del asegurado, sin dolo de su parte, dan derecho al asegurador a demandar la anulación del contrato dentro de los treinta días de conocidos tales hechos por él, debiendo restituir, en este caso, las primas del período no corrido. Pasado este plazo, no puede impugnar el contrato por las causas señaladas. Si se subsanan los errores u omisiones puede optar por reajustar las primas de acuerdo al verdadero estado del riesgo. Las declaraciones falsas o reticentes hechas con dolo o mala fe hacen nulo el contrato de seguro. En este caso el asegurado no tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas.

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 representando autorizado por mi empleador para que reciba mi Guía de Referencia para el Empleado, mi Certificado de Cobertura y cualquier otro documento relacionado con mi cobertura de seguro.

Autorización para recaudar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a Bupa Insurance (Bolivia) S.A. y sus filiales en Miami ("Bupa") para solicitar mis registros médicos y/o los de mis dependientes, así como también cualquier historial de medicamentos recetados 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 a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia, o cualquier otro proveedor médico, plan de salud, o cualquier otra organización o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud para revelar dicha información a Bupa o sus representantes designados.

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 Insurance (Bolivia) S.A. y sus filiales en Miami ("Bupa") para proporcionar al Administrador del Grupo designado por mi empleador las condiciones de mi póliza, mi certificado de cobertura, cualquier otro documento de seguro y mis registros médicos que puedan contener información de salud protegida. 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 correspondiente.

☐ 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 Insurance (Bolivia) S.A.: Calle 9 Este, Esquina Pasillo A, No. 9 Barrio Equipetrol, Santa Cruz, Bolivia
bupa@bupa.com.bo

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 Empleado		Fecha	DD / MM / AA
Firma del Cónyuge		Fecha	DD / MM / AA
Firma del Representante Autorizado por el Empleador		Título	
Nombre del Representante Autorizado por el Empleador		Fecha	DD / MM / AA

Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005 • Edificio Spazio, Oficina 201-203 • Santa Cruz, Bolivia
Tel. (591-3) 342 4264 • www.bupasalud.com/MiBupa