



BUPA GLOBAL HEALTH PLANS

SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES

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.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRAS MAYÚSCULAS, CON TINTA NEGRA Y LETRA CLARA.

Una vez completado, puede escanear y enviar su formulario a: panama@bupalatinamerica.com; 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.

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 de seguros debe llenar y firmar la parte correspondiente en la sección 11 y 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.

BUPA GLOBAL HEALTH PLANS SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES

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

DD/MM/AAAA

1 ASEGURADO TITULAR: DETALLES DE PÓLIZA EXISTENTE

AT

Número de póliza

2 INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

PERSONA NATURAL: DATOS PERSONALES

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

Estado civil* Masculino Femenino Peso Kg Lbs Estatura Mts.
Llenar si el Contratante y el Asegurado Titular es el mismo.

Nombre

Apellidos

Cédula

Fecha de nacimiento

DD/MM/AAAA

País de nacimiento

País de residencia

Ocupación o profesión

Ingresos anuales promedio

¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? Sí No

¿Tiene parentesco con una PEP? Sí No ¿Es asociado cercano de una PEP? Sí No

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a).

PERSONA JURÍDICA

Nombre

Fecha de constitución

DD/MM/AAAA

R.U.C.

Nombre del representante legal

Actividad comercial o giro del negocio

Ingresos anuales promedio

DATOS DE CONTACTO

Dirección de residencia

Ciudad

Provincia

País

Código postal

Años en el domicilio

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

Dirección laboral

Cargo que desempeña

Teléfono laboral

Correo electrónico

3 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DATOS PERSONALES

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

Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso		Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura		Mts.	
Nombre											
Apellidos											
Cédula				Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA						
País de nacimiento				País de residencia							
Ocupación o profesión											
Ingresos anuales promedio											
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>											
¿Tiene parentesco con una PEP? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				¿Es asociado cercano de una PEP? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a).

DATOS DE CONTACTO

Dirección de residencia											
Ciudad				Provincia				País			
Código postal			Años en el domicilio			¿Es usted residente de los EE.UU.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Dirección laboral											
Cargo que desempeña							Teléfono laboral				
Correo electrónico											

4 REDUCCIÓN MUNDIAL DEL CONSUMO DE PAPEL

AT

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.bupasalud.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											
Apellidos											
Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso		Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura		Mts.	
Nacionalidad				País de residencia							
Tipo de Identificación				Número y extensión							
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA			Ocupación o profesión							
Relación con el Asegurado Titular				Correo electrónico							

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a).
Indique en Ocupación o profesión 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)

Nombres										2
Apellidos										
Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Peso		Kg <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/>		Estatura		Mts.
Nacionalidad					País de residencia					
Tipo de Identificación					Número y extensión					
Fecha de nacimiento					DD/MM/AAAA		Ocupación o profesión			
Relación con el Asegurado Titular					Correo electrónico					

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a).
Indique en Ocupación o profesión 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 <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Peso		Kg <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/>		Estatura		Mts.
Nacionalidad					País de residencia					
Tipo de Identificación					Número y extensión					
Fecha de nacimiento					DD/MM/AAAA		Ocupación o profesión			
Relación con el Asegurado Titular					Correo electrónico					

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a).
Indique en Ocupación o profesión 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 <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Peso		Kg <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/>		Estatura		Mts.
Nacionalidad					País de residencia					
Tipo de Identificación					Número y extensión					
Fecha de nacimiento					DD/MM/AAAA		Ocupación o profesión			
Relación con el Asegurado Titular					Correo electrónico					

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a).
Indique en Ocupación o profesión 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.

Nota: Todo solicitante de 65 años o más debe presentar un formulario de Declaración Médica y anexar el resultado de los estudios solicitados.

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
6	Desórdenes renales o del sistema urinario, como: cálculos renales, insuficiencia renal, infecciones urinarias recurrentes, incontinencia, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
7	Desórdenes musculares o esqueléticos, como: artritis, lumbalgia, padecimientos de la columna vertebral, padecimientos del cuello/hombro, fracturas, esquiñes, osteoporosis, gota, padecimientos de las rodillas, del cartílago o ligamentos, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
13	Desórdenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
14	Cirugía cosmética, como cirugía de aumento/reducción de mama o rinoplastia, entre otras.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
15	¿Está actualmente bajo tratamiento médico y/o rehabilitación?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)			
17	¿Alguna otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía/hospitalización pendiente no mencionada arriba?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)			
18 PREGUNTAS EXCLUSIVAS PARA MUJERES				
a	¿Está embarazada?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
b	¿Ha tenido complicaciones del embarazo? Pre-Eclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
c	¿Ha tenido algún embarazo ectópico? Fecha:	DD/MM/AAAA		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
d	¿Ha tenido algún legrado? Fecha:	DD/MM/AAAA	¿De qué tipo?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
e	¿Ha tenido algún aborto? Fecha:	DD/MM/AAAA	Causa:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
f	¿Ha tenido alguna cesárea? Fecha:	DD/MM/AAAA	Causa:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
g	¿Ha tenido algún tratamiento de fertilidad/infertilidad? Fecha:	DD/MM/AAAA	Causa:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
h	¿Ha tenido enfermedades de transmisión 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
19 PREGUNTA EXCLUSIVA PARA HOMBRES				
a	¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo masculino: prostatitis, hiperplasia prostática benigna, infertilidad y padecimientos de los testículos, glándulas mamarias, entre otros?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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)					

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)					
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	
	<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 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
<input type="checkbox"/> Major Medical	<input type="checkbox"/> US\$10,000	<input type="checkbox"/> US\$20,000			
<input type="checkbox"/> Select	<input type="checkbox"/> US\$2,000	<input type="checkbox"/> US\$3,500	<input type="checkbox"/> US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$10,000	
<input type="checkbox"/> Premier	<input type="checkbox"/> US\$2,000	<input type="checkbox"/> US\$3,500	<input type="checkbox"/> US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$10,000	
<input type="checkbox"/> Elite	<input type="checkbox"/> US\$1,000	<input type="checkbox"/> US\$2,000	<input type="checkbox"/> US\$3,500	<input type="checkbox"/> US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$10,000
<input type="checkbox"/> Ultimate	<input type="checkbox"/> US\$0	<input type="checkbox"/> US\$1,000	<input type="checkbox"/> US\$2,000		

9 BENEFICIARIO CONTINGENTE

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:

Apellido paterno	
Apellido materno	
Nombres	
Cédula	

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

AVISO DE PRIVACIDAD Y TRATAMIENTO DE DATOS BUPA PANAMÁ, S.A. de conformidad con lo dispuesto por el Artículo 241, numeral 8 de la Ley 12 de 2012, y de la Ley 68 de 20 de noviembre de 2003, emite el presente Aviso de Privacidad en los siguientes términos:

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 el presente Aviso de Privacidad.

El tratamiento de datos personales del Asegurado Titular y/o Contratante, incluyendo los datos médicos y que

aparezcan en expedientes clínicos a los que la Aseguradora tenga acceso con autorización del paciente y que llegemos a recabar, y salvo que el Asegurado Titular y/o Contratante 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/o Contratante de datos personales y la Aseguradora, para:

1. Para la evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, emisión del contrato de seguro, trámite de sus solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, para información estadística, evaluar la calidad en el servicio, para 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, compartir su información con los agentes 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. Para 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, a las cuáles se extenderá dicho deber de confidencialidad.
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 nacionales y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales nacionales e internacionales como compañía de seguros tales como la prevención de los delitos de blanqueo de capitales, financiamiento del terrorismo o la proliferación de armas de destrucción masiva, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.
4. Autoridades competentes nacionales y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a la ley, notificaciones, requerimientos u oficios de carácter judicial.

El ejercicio de los derechos de acceso o rectificación, deberán realizarse por escrito en la dirección citada en el apartado Identidad y domicilio del presente Aviso de Privacidad o, en su caso, a través de un correo electrónico enviado a la dirección privacidad@bupalatinamerica.com cualquiera que sea el medio de su elección, el responsable de sus datos personales se pondrá en contacto con usted.

Los datos que se recaban por este medio, serán tratados conforme a las disposiciones previstas en la ley 12 de 2012 y la ley 68 de 2003 y sus Reglamentos vigentes (o las leyes que las reemplacen, subroguen o modifiquen). 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.

Firma del asegurado titular y/o contratante

Nombre del asegurado titular y/o contratante

Fecha

CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA

CONSENTIMIENTO Y DECLARACIONES

Tengo pleno conocimiento que la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa. Cualquier información falsa, incompleta o inexacta proporcionada podrá traer como consecuencia la nulidad del contrato de póliza que surja de esta solicitud, en virtud del Artículo 1000 del Código de Comercio de la República de Panamá. Soy el representante o tutor 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 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).

Doy mi consentimiento explícito, en mi nombre y el de cualquier otra persona cubierta por la póliza, a la Aseguradora para procesar los datos personales según lo establecido en el Aviso de Privacidad y Tratamiento de datos anteriormente citado.

Confirmando que he divulgado este Aviso de Privacidad y Tratamiento de Datos.

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.

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.

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 reserva el derecho de modificar las condiciones de aprobación de la póliza y/o la fecha efectiva de la misma.

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

El suscrito declara que contrata la póliza para sí por su cuenta propia: Sí No

En caso de que su respuesta sea negativa, favor señalar a continuación la información de la persona para la cual se pretende contratar la póliza de seguros:

Nombre			
Apellidos		Cédula	
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA	País de nacimiento	
Domicilio			
Correo electrónico		Teléfono	

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA QUEJA

Si usted tiene alguna inquietud o queja, puede comunicarse con el Ejecutivo del Sistema de Atención de Controversias al teléfono 507 321 6200. También puede enviarnos un correo electrónico o escribirnos a la dirección: panama@bupalatinamerica.com, o le podremos atender en nuestras oficinas ubicadas en:

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

11 CONSENTIMIENTO (CONTINUACIÓN)

AT

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN (PARA SER LLENADO POR EL AGENTE)

De conformidad con lo establecido en el Artículo 165 de la Ley 12 de 2012, los Corredores de Seguro 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. Así mismo proporcionarán a la Aseguradora 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 la instituciones para este efecto, así como a sus tarifas, pólizas, endosos, planes de seguros y demás circunstancias técnicas utilizadas por la Aseguradora. De esta forma, el Corredor hace constar que ha explicado al propuesto asegurado los alcances y condiciones generales de este seguro y que desconoce de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que afecte la asegurabilidad de (de los) propuesto(s) asegurado(s).

Clave del agente		Nombre (en letra de molde)	
Fecha	DD/MM/AAAA	Firma	
Clave de promotor			

12 FORMATO DE ENTREVISTA PERSONAL

AT

Nombre del asegurado titular y/o contratante			
Fecha de visita anterior	DD/MM/AAAA	Fecha de visita actual	DD/MM/AAAA
Ocupación		Relación con el asegurado 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 estadia legal en el país, en caso de extranjeros
<input type="checkbox"/>	Formulario Conoce a tu Cliente Persona Natural

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
<input type="checkbox"/>	Copia de la cédula de dignatarios, directores y apoderados (si los hubiere), firmantes, representantes legales
<input type="checkbox"/>	Formulario Conoce a tu Cliente Persona Jurídica, firmado por el representante legal o apoderado
<input type="checkbox"/>	Carta de la empresa firmada por el secretario, debidamente autenticada ante notario público autorizado, certificando la composición accionaria

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

La presente visita fue realizada por:

Nombre	
Apellidos	
Firma del entrevistador	

13 DETALLES DEL PAGO

AT

MODALIDAD DE LA PÓLIZA: ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL* MENSUAL*

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

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 1

- CHEQUE DE GERENCIA CHEQUE DE EMPRESA
 CHEQUE PERSONAL GIRO BANCARIO

No se aceptan pagos en efectivo. Los cheques deben ser emitidos a nombre de Bupa Panamá, S. A.

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 2

- TRANSFERENCIA BANCARIA

Citibank, N.A.
111 Wall Street, New York, NY 10043
ABA: 021000089
SWIFT: CITIUS33
Banco Intermediario: Citibank, N.A. - Sucursal Panamá
Cuenta No.: 10991266
Para crédito final a: Bupa Panamá, S.A.
Cuenta corriente No.: 0150729025

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 3

- TARJETA DE CRÉDITO

Yo (nombre del tarjetahabiente)

por medio de la presente autorizo a Bupa Panamá S. A. a que por conducto del banco de su elección y con base en el (los) contrato (s) de apertura de crédito o débito que respaldan mi tarjeta afiliada Visa y/o Master Card, American Express, efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas de la Póliza contratada. El cargo se realizará en dólares americanos, por lo cual me comprometo a mantener saldo suficiente en mi cuenta para que se cubran las obligaciones de pago a mi cargo, dándome por enterado que dichos pagos se realizarán con base en el inicio de vigencia de la póliza, forma de pago seleccionado y en la periodicidad elegida. En caso de no registrarse el (los) cargo(s) en mi estado de cuenta bancario, es mi obligación notificar a Bupa Panamá S. A.

Declaro que estoy enterado y de acuerdo con que Bupa Panamá S. A. dejará de prestarme el servicio contratado además de las señaladas en el contrato de seguro y una vez transcurrido el periodo de gracia, también por:

1. Cancelación o cambios en el instrumento bancario no notificado a Bupa Panamá, S. A.
2. Por rechazo bancario.
3. Cancelación de la póliza por falta de pago.

TARJETA:







Tarjeta de crédito No.

Fecha de expiración

MM/AAAA

Correo electrónico

Código de seguridad

Dirección del tarjetahabiente

Si las condiciones de la póliza prevén futuras modificaciones (renovaciones, altas, etc.) en el importe, acepto que los cargos en mi cuenta se realicen con la nueva cantidad previo conocimiento acerca del incremento a las tarifas que realice Bupa Panamá S. A. Para evitar la cancelación de la póliza en referencia, todos los cargos podrán ser realizados hasta con dos días hábiles de anticipación a la fecha de inicio de cada parcialidad.

Entiendo que el contratante de la póliza es la única persona que se reserva el derecho de optar por otro instrumento de pago o cancelar la autorización de los cargos automáticos cuando así lo desee, previa notificación por escrito a Bupa Panamá S. A., con 15 días de anticipación a la fecha de inicio de cada parcialidad.

Reconozco que si el cargo directo de cualquier prima de seguro de mi tarjeta de crédito es denegado, es mi responsabilidad personal pagar inmediatamente las primas de mi póliza de gastos médicos mayores dentro de los 30 días siguientes a partir de la fecha de emisión, o mi póliza será cancelada en términos de lo dispuesto por el Artículo 998 del Código de Comercio.

Firma del tarjetahabiente

Fecha

DD/MM/AAAA

INFORMACIÓN DEL PAGO

Parentesco con el Asegurado Titular:

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mismo | <input type="checkbox"/> Hijo | <input type="checkbox"/> Sobrino | <input type="checkbox"/> Representante legal/empleador |
| <input type="checkbox"/> Cónyuge | <input type="checkbox"/> Hermano | <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): |
| <input type="checkbox"/> Padres | <input type="checkbox"/> Cuñado | <input type="checkbox"/> Nieto | |

La Aseguradora se obliga a verificar los datos de la tarjeta y se obliga a mantener la confidencialidad de los datos del tarjetahabiente conforme lo establece el Artículo 47 de la Ley 81 de 2009 que tutela los derechos de los usuarios de las tarjetas de crédito y otras tarjetas de financiamiento.

Bupa Panamá, S. A.
P.H. Prime Time, Piso 25
Of. 25B, Costa del Este
Ave. La Rotonda, Panamá
República de Panamá
Tel. (507) 321 6200
panama@bupalatinamerica.com
www.bupalud.com