



BUPA PANAMÁ

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 Principal/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: emisiones@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 Principal/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:

- 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 PANAMÁ

SOLICITUD DE SEGURO INDIVIDUAL PARA GASTOS MÉDICOS MAYORES

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

PÓLIZA NUEVA <input type="checkbox"/>		DEPENDIENTE ADICIONAL <input type="checkbox"/>		CAMBIO DE PLAN <input type="checkbox"/>		
Fecha solicitada de cobertura			DD/MM/AAAA			
1 ASEGURADO PRINCIPAL/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 <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Peso	Kg <input type="checkbox"/> Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura	Mts.
Llenar si el Contratante y el Asegurado Principal/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		Lugar(es) donde tributa				
¿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).						
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		Lugar(es) donde tributa				
DATOS DE CONTACTO						
Dirección de residencia						
Ciudad		Provincia		Años en el domicilio		
Teléfono residencial o celular			¿Es usted residente de los EE.UU.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Lugar de trabajo						
Dirección laboral						
Cargo que desempeña			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*		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				Años en el domicilio	
Teléfono residencial o celular						¿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 Principal/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 Principal/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 Principal/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 Principal/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.

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	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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 medico por algún motivo.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
5	¿Está embarazada o ha estado embarazada alguna vez?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Si respondió "Si", ¿Tiene o ha tenido usted alguna complicación relacionada a su(s) embarazo(s) (aborto/embarazos ectópico/eclamsia/preeclamsia)? Si su respuesta es afirmativa, complete la sección de información adicional.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
Hábitos: El solicitante y/o dependiente(s) fuma cigarrillos o consume productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Si respondió "si", explique quien, tipo, cantidad/día.		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Quien	Tipo	Cantidad

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).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
2	Trastornos en Sistema Endocrino (por ejemplo, diabetes tipo 1 o tipo 2 o problemas de tiroides, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
3	Trastornos en Sistema Respiratorio (por ejemplo, asma, EPOC, infecciones respiratorias, neumonía o bronquitis, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
5	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)	
6	Sistema Neurológico (por ejemplo: Esclerosis Múltiple, ictus, epilepsia, migrañas, neuritis, hemi o paraplejia, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	

6 CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

7	Sistema Músculo esquelético (por ejemplo, artritis, dolor de espalda, desordenes de columna vertebral, alteraciones en articulaciones operadas o no, fracturas, cirugías, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
10	Hematología e inmunología- Enfermedades de la sangre o inmunológicas (por ejemplo Lupus, anemias y autoinmunes, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
11	Enfermedades de ojos, nariz, oídos, o garganta (por ejemplo, catarata, glaucoma, queratitis, sinusitis, entre otros).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	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).	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)	
13	Cáncer y enfermedades linfoproliferativas- Cáncer de cualquier localización incluyendo leucemias y linfomas, condiciones precancerosas, como: lesiones cervicales, queratosis actínica, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)	
14	Enfermedades Congénitas- Desórdenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo por ejemplo síndrome de Down, malformaciones cardiovasculares, neurológicas, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
15	Enfermedades infecciosas relevantes y/o de transmisión sexual como: Hepatitis Crónica, Tuberculosis, VIH/ Sida, Malaria, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
16	¿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)	

INFORMACIÓN ADICIONAL

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

- (a) Describa la enfermedad o problema médico, indicando la zona del cuerpo afectada (por ejemplo, la pierna derecha, el ojo izquierdo).
- (b) Describa el tipo de tratamiento (médico, quirúrgico, rehabilitación) y el resultado (en curso, completado en recuperación, recurrente, probable que se repita)
- (c) Para farmacoterapia, incluya nombre del medicamento, fecha de inicio, cantidad y frecuencia.

Marque aquí si necesita más espacio y utilizó una hoja aparte.

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

6 CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

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 <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Si es anormal, favor explique					

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"/>	
	<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			

7 MÉDICO TRATANTE (CONTINUACIÓN)

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

AT

Producto:	
Deducible:	
Opción 20% coaseguro fuera de Panamá	<input type="checkbox"/>
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

AT

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.

Nombres	
Apellidos	
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 Y PROTECCION DE DATOS PERSONALES

AT

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, caja del seguro social, hospital santo tomas, 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 auténtica 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. 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 Principal/Titular y/o contratante

Firma del Asegurado Titular y/o del Contratante

Fecha

DD/MM/AAAA

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.

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

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

12 FORMATO DE ENTREVISTA PERSONAL

Nombre del Asegurado Principal/Titular y/o contratante			
Fecha de visita anterior	DD/MM/AAAA	Fecha de visita actual	DD/MM/AAAA
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"/>	Formulario Conoce a tu Cliente Persona Natural
<input type="checkbox"/>	Factura de Servicios Públicos

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
<input type="checkbox"/>	Carta de Composición accionaria firmada por el presidente o el secretario de la Junta Directiva

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

MODALIDAD DE LA PÓLIZA: ANUAL SEMESTRAL TRIMESTRAL* MENSUAL*

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

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 1

 CHEQUE DE GERENCIA CHEQUE DE EMPRESA
 CHEQUE PERSONAL GIRO BANCARIO

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

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 Principal/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.

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

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO

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
www.bupalud.com