

# SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL



La aseguradora se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si requiere información adicional.

Póliza nueva  Dependientes adicionales  Cambio de plan

Para uso de la compañía  
Número de póliza

## 1. INFORMACIÓN PERSONAL

Por favor proporcione copia de la cédula de identidad y electoral, o su equivalente en otro país, y/o pasaporte para cada solicitante.

Nombre de los solicitantes (asegurado principal/dependientes)		Relación con el asegurado principal	Estado civil <sup>(1)</sup>	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso <input type="checkbox"/> Kg <input type="checkbox"/> Lbs	Estatura <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Pies
Nombres		Asegurado principal		Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Apellidos					F <input type="checkbox"/>		
Nacionalidad	País de nacimiento	Tipo de identificación		Número			

Nombres				Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Apellidos					F <input type="checkbox"/>		
Tipo de identificación		Número		País de nacimiento			

Nombres				Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Apellidos					F <input type="checkbox"/>		
Tipo de identificación		Número		País de nacimiento			

Nombres				Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Apellidos					F <input type="checkbox"/>		
Tipo de identificación		Número		País de nacimiento			

Nombres				Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Apellidos					F <input type="checkbox"/>		
Tipo de identificación		Número		País de nacimiento			

Si esta solicitud incluye hijos entre **19 y 24 años de edad**, ¿es alguno de ellos estudiante a tiempo completo en una universidad? Sí  No   
Si respondió "Sí", proporcione copia del certificado o affidavit de la universidad como prueba que son estudiantes de tiempo completo.

Si se solicita cobertura para un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿Nació como resultado de algún tratamiento de fertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí  No

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

<sup>(1)</sup> **S** - soltero **M** - casado(a) **DP** - compañero(a) doméstico(a) **D** - divorciado(a) **W** - viudo(a) Nota: Todo solicitante **de 65 años o más** debe presentar una Declaración Médica.

## 2. PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA

<b>Producto:</b>		Fecha efectiva solicitada para cobertura	Día/Mes/Año
Plan de deducible:		<b>Cobertura adicional:</b> Si no se selecciona ninguna cobertura adicional, ninguno será aplicada.	
<input type="checkbox"/> Complicaciones de maternidad <sup>(2)</sup> <input type="checkbox"/> Procedimientos de trasplante <sup>(3)</sup> <input type="checkbox"/> Eliminación de Deducible en República Dominicana			

<sup>(2)</sup> Por favor complete el Cuestionario de Maternidad

<sup>(3)</sup> Por favor complete la Solicitud de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante

### 3. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

(3.1) ¿Tiene usted un seguro de salud con alguna otra compañía? Sí  No

Nombre de la compañía		Teléfono	
Producto		Valor del deducible	
		No. de póliza	

(3.2) ¿Tiene la intención de mantener su seguro de salud con la otra compañía? Sí  No

(3.3) Si la cobertura solicitada reemplazará a otro seguro existente, por favor incluya una copia del certificado de cobertura y recibo de su último pago.

(3.4) ¿Ha sido alguna solicitud de seguro de salud o de vida rechazada, aceptada, sujeta a restricciones o a una prima mayor que las tarifas estándar de la aseguradora para cualquiera de los solicitantes? Sí  No  Si respondió "Sí", favor explicar:

### 4. INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE

(4.1) Dirección residencial

Residencia			
Código postal	Ciudad/Estado	País	
Código postal (si es diferente del anterior)	Ciudad/ Estado	País	

(4.2) ¿Viven todos los dependientes en la misma dirección indicada arriba? Sí  No  Si responde "No", indique el nombre y la dirección.

Nombre		Dirección	
Nombre		Dirección	

(4.3) Estatus de residencia/ciudadanía

¿Es usted ciudadano(a) o residente permanente de los Estados Unidos de América? Sí  No

Si respondió "Sí", ¿reside actualmente o ha residido en los EE.UU. por más de 6 meses en el período de un año? Sí  No

(4.4) Teléfono, fax y correo electrónico (e-mail)

Residencia		Trabajo		Fax	
Celular		Correo electrónico			

(4.5) Actividad comercial

(4.6) Lugar de trabajo

Nombre		Teléfono	
Dirección			

(4.7) Persona Expuesta Políticamente (PEP)

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

¿Tiene parentesco con un PEP?  Sí  No

¿Es asociado cercano de un PEP?  Sí  No

### 5. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre	Apellido	Nombre	Inicial	Relación con el asegurado principal	
Nombre	Apellido	Nombre	Inicial	Relación con el asegurado principal	

### 6. INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del solicitante		Nombre del médico	
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante		Nombre del médico	
Especialidad		Teléfono	

## 6. INFORMACIÓN MÉDICA (CONTINUACIÓN)

Nombre del solicitante		Nombre del médico	
Especialidad		Teléfono	

### (6.2) Exámenes médicos

¿Han tenido 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	Día/Mes/Año
Resultado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Si es anormal, favor explicar			
Nombre		Tipo de examen		Fecha	Día/Mes/Año
Resultado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Si es anormal, favor explicar			
Nombre		Tipo de examen		Fecha	Día/Mes/Año
Resultado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Si es anormal, favor explicar			
Nombre		Tipo de examen		Fecha	Día/Mes/Año
Resultado	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	Si es anormal, favor explicar			

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

### (6.3) 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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
4	Desórdenes respiratorios o pulmonares, como: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, bronquitis, tuberculosis o alergias (incluyendo fiebre del heno y anafilaxia), entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
6	Desórdenes renales o del sistema urinario, como: cálculos renales, insuficiencia renal, infecciones urinarias recurrentes, incontinencia, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
7	Desórdenes musculares o esqueléticos, como: artritis, lumbalgia, padecimientos de la columna vertebral, padecimientos del cuello/hombro, fracturas, esquinces, osteoporosis, gota, padecimientos de las rodillas, del cartílago o ligamentos, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
9	Cáncer, tumores de cualquier tipo o condiciones precancerosas, como: pólipos, crecimientos, nódulos mamarios, quistes o lipomas, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	
10	Desórdenes de la piel, como: eccema, dermatitis, erupciones cutáneas, psoriasis, acné, quistes, lunares o condiciones alérgicas, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	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.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)	

## 6. INFORMACIÓN MÉDICA (CONTINUACIÓN)

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.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)			
13	Desórdenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)			
14	Cirugía cosmética, como cirugía de aumento/reducción de mama o rinoplastia, entre otras.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)			
15	¿Está actualmente bajo tratamiento médico y/o rehabilitación?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)			
16	¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)			
17	¿Alguna otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía/hospitalización pendiente no mencionada arriba?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)			
18	PREGUNTAS EXCLUSIVAS PARA MUJERES			
a	¿Está embarazada?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
b	¿Ha tenido complicaciones del embarazo? <input type="checkbox"/> Pre-Eclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
c	¿Ha tenido algún embarazo ectópico? Fecha: <input type="text"/>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
d	¿Ha tenido algún legado? Fecha: <input type="text"/>		¿De qué tipo? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
e	¿Ha tenido algún aborto? Fecha: <input type="text"/>		Causa <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
f	¿Ha tenido alguna cesárea? Fecha: <input type="text"/>		Causa <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
g	¿Ha tenido algún tratamiento de fertilidad/infertilidad? Fecha: <input type="text"/>		Causa <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	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.?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la(las) 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?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del(los) solicitante(s)			
(6.4) Explicación de condiciones médicas				
Letra	Solicitante			Condición
Desde	<input type="text"/>	Hasta	<input type="text"/>	Tratamiento y resultados
Estado de salud actual				Información del médico
Letra	Solicitante			Condición
Desde	<input type="text"/>	Hasta	<input type="text"/>	Tratamiento y resultados
Estado de salud actual				Información del médico

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

### (6.5) Medicamentos

¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente? Sí  No   
Si respondió "Sí", explique abajo.

Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad		
Razón		Frecuencia	Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad		
Razón		Frecuencia	Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad		
Razón		Frecuencia	Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año
Solicitante		Nombre del medicamento		Cantidad		
Razón		Frecuencia	Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año

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

### (6.6) Hábitos

¿Alguno de los solicitantes ha fumado cigarrillos o consumido productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Sí  No   
Si respondió "Sí", explique.

Solicitante		Tipo		¿Cuánto tiempo?		Cantidad por día	
Solicitante		Tipo		¿Cuánto tiempo?		Cantidad por día	
Solicitante		Tipo		¿Cuánto tiempo?		Cantidad por día	

### (6.7) Historial familiar

¿Tiene algún solicitante historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? Sí  No   
Si respondió "Sí", explique.

Solicitante	Familiar con el desorden (favor marcar)				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"/>	

## 7. SUSCRIPCIÓN COMO CLIENTE VIRTUAL

Por este medio me suscribo como cliente virtual de Bupa Dominicana, S.A. Como cliente virtual, recibiré toda la correspondencia y documentos relacionados con mi seguro ingresando a los Servicios en Línea de Bupa en [www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com).

## 8. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIONES

Certifico que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en esta solicitud y que, a mi mejor entendimiento están completas y son verdaderas.

Entiendo que cualquier omisión o declaración incompleta e incorrecta puede causar que los reclamos sean denegados, y que la póliza sea modificada, rescindida o cancelada. 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 la aseguradora para la aprobación final antes de que la cobertura se haga efectiva. En caso de que la póliza fuese aprobada durante este periodo, la aseguradora se reserva el derecho de modificar las condiciones de aprobación de la póliza y/o la fecha efectiva de la misma. Estoy de acuerdo en aceptar la póliza bajo los términos y condiciones con que sea emitida. De no ser así, notificaré mi desacuerdo por escrito a la aseguradora durante los diez (10) días siguientes al recibo de la póliza de seguro.

### Autorización para recaudar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a Bupa Dominicana, S.A. y 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, la Oficina de Información Médica en los Estados Unidos de América (MIB), 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 Dominicana, S.A. y filiales en Miami ("Bupa") para revelar a mi agente/agencia de seguro y sus afiliados y sucesores 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.

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 serán enviadas por correo postal o electrónico a:

Bupa Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill, No. 1099 Acrópolis Center, 3er. Nivel, Piantini

Santo Domingo, República Dominicana

bupadominicana@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. Esta solicitud es válida por 90 días calendario a partir de la fecha en que ha sido firmada.

## 9. FIRMAS

Solicitante	Nombre	Firma	Fecha
Asegurado principal			Día/Mes/Año
Cónyuge			Día/Mes/Año

Como Agente, acepto completa responsabilidad por el envío de esta solicitud y todas las primas cobradas, y por la entrega de la póliza cuando sea emitida. **Desconozco la existencia de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que pudiera afectar la asegurabilidad de los propuestos asegurados.**

Nombre del agente	Firma del agente (testigo)	Código del agente

## 10. INFORMACIÓN DE PAGO (el pago debe ser enviado junto con la solicitud)

Nombre del asegurado principal	No. de póliza		
Modalidad de la póliza <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral	Prima	US\$	
	Cobertura opcional	US\$	
	Tarifa administrativa anual	US\$	
	Cantidad total	US\$	

Esta página intencionalmente dejada en blanco

## 10. INFORMACIÓN DE PAGO (CONTINUACIÓN)

¿El pagador de la prima es distinto al asegurado principal?  Sí  No

### PERSONA JURÍDICA




Denominación o razón social		RNC	
Actividad principal que realiza			
Teléfono de la sede principal		Correo electrónico	
Inscripción en el Registro Mercantil: Fecha	Día/Mes/Año	Número	
Domicilio			

### PERSONA FÍSICA

Nombres		Apellidos	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nacionalidad		Actividad comercial
Tipo de identificación		Número	
Fecha de nacimiento	Día/Mes/Año	País de nacimiento	
Teléfono		Correo electrónico	
Persona Expuesta Políticamente (PEP)	¿El solicitante es una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	¿Tiene parentesco con un PEP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es asociado cercano de un PEP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Método de pago: Opción 1	<input type="checkbox"/> Cheque de caja <input type="checkbox"/> Cheque personal <input type="checkbox"/> Giro bancario <input type="checkbox"/> Cheque de viajero <b>NO ENVIAR EFECTIVO.</b> El pago debe ser emitido a nombre de Bupa Worldwide Corporation.
--------------------------	---

Método de pago: Opción 2	<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria	Bupa Dominicana, S.A. Banco Popular Dominicano, Cuenta de Ahorros # 745108159
	Información bancaria:	

Método de pago: Opción 3	<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito			Por favor proporcione la siguiente información:
Yo,				autorizo a Bupa Dominicana, S.A. a cargar mi tarjeta de
crédito:	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 	Número de tarjeta de crédito		
Fecha de expiración	Mes/Año	Cantidad a cargar: US\$		
Dirección del tarjetahabiente (donde recibe el estado de cuenta):				
Teléfono del tarjetahabiente		Firma del tarjetahabiente		

Débito automático para renovaciones futuras:  Sí  No

Con mi firma en este documento autorizo a Bupa Dominicana, S.A. a debitar directamente la tarjeta de crédito y/o cuenta bancaria indicada arriba para pagar las primas del seguro de mi póliza de seguro de salud Bupa.

Entiendo que si hay cualquier cambio a mi póliza de seguro de salud Bupa, la cantidad de la prima aprobada también puede cambiar. También entiendo que una copia fiel y correcta de este documento será enviada a mi institución bancaria o compañía de tarjeta de crédito. Al firmar este documento, solicito e instruyo a la institución correspondiente que permita a Bupa Dominicana, S.A. debitar mi cuenta directamente y pagar la prima del seguro de salud, a menos que yo indique lo contrario por escrito.

En el caso que un débito directo para pagar mi póliza de seguro de salud Bupa sea por cualquier razón rechazado o denegado, acepto que tengo la responsabilidad personal de pagar inmediatamente las primas de mi póliza de seguro de salud, o la póliza podrá ser rescindida, interrumpida o cancelada. Al firmar, autorizo las deducciones automáticas para las futuras renovaciones.

Firma del asegurado principal	Firma del tarjetahabiente	Fecha
		Día/Mes/Año

### Bupa Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill No. 1099 • Acropolis Center, 3er Nivel, Piantini • Santo Domingo, República Dominicana Tel: (809) 955 2555 • www.bupasalud.com • bdominicana@bupalatinamerica.com