



#### 4 INFORMACIÓN GENERAL (continúa)

##### (4.2) Teléfonos, fax y correo electrónico (e-mail)

Residencial	Código de país	Código de área	Número	Trabajo	Código de país	Código de área	Número
Fax	Código de país	Código de área	Número	E-mail			

Si esta solicitud incluye hijos de 19 años de edad o más, ¿es alguno de ellos estudiante a tiempo completo en un colegio o universidad? ..... Sí  No

Si respondió "Sí", favor indicar el nombre del colegio o universidad: \_\_\_\_\_

#### 5 INFORMACIÓN MÉDICA

##### (5.1) Médico(s) de la familia

Solicitante	Nombre del médico	Especialidad	Teléfono
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

##### (5.2) Exámenes médicos

¿Ha tenido alguno de los solicitantes un examen de rutina, pediátrico o ginecológico en los últimos cinco años?.....Sí  No

Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante	Tipo de examen	Fecha	Resultado: Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	Si es anormal, favor explicar.
_____	_____	____/____/____	_____	_____
Solicitante	Tipo de examen	Fecha	Resultado: Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	Si es anormal, favor explicar.
_____	_____	____/____/____	_____	_____
Solicitante	Tipo de examen	Fecha	Resultado: Normal <input type="radio"/> Anormal <input type="radio"/>	Si es anormal, favor explicar.
_____	_____	____/____/____	_____	_____

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

##### (5.3) Condiciones médicas

¿Ha sufrido alguno de los solicitantes de...:		Sí	No
a	infecciones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b	desórdenes de la visión, del oído o audición, nasales o de la garganta?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c	convulsiones, migrañas, parálisis, u otros desórdenes neurológicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d	desórdenes del corazón, desórdenes circulatorios, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos elevados?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e	alergias, asma, bronquitis u otros desórdenes pulmonares?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f	enfermedades del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis, otras enfermedades del hígado, u otros desórdenes digestivos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g	enfermedades de los riñones o del tracto urinario?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h	problemas de la columna vertebral, reumatismo, artritis, gota u otros desórdenes musculares, articulares o de los huesos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i	cáncer o tumores benignos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j	anemia, leucemia/linfoma u otros desórdenes de la sangre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k	diabetes, desórdenes de la glándula tiroidea u otros desórdenes endocrinos/hormonales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l	desórdenes de la próstata?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m	enfermedades de transmisión sexual o de los órganos sexuales, u otros desórdenes del sistema reproductivo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n	desórdenes de las mamas, los ovarios, el útero, u otros desórdenes ginecológicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o	desórdenes de la piel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p	desórdenes congénitos o hereditarios?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
q	cualquier otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía, o tiene alguna cirugía u hospitalización pendiente <b>que no ha sido mencionado arriba?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas anteriores, favor explicar en la página siguiente.

## 5 INFORMACIÓN MÉDICA (continúa)

### (5.4) Condiciones médicas/explicaciones

Pregunta	Solicitante:	Condición:	Desde:	Hasta:
Tratamiento y resultados:		Estado de salud actual:	Información del médico:	

  

Pregunta	Solicitante:	Condición:	Desde:	Hasta:
Tratamiento y resultados:		Estado de salud actual:	Información del médico:	

  

Pregunta	Solicitante:	Condición:	Desde:	Hasta:
Tratamiento y resultados:		Estado de salud actual:	Información del médico:	

  

Pregunta	Solicitante:	Condición:	Desde:	Hasta:
Tratamiento y resultados:		Estado de salud actual:	Información del médico:	

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

### (5.5) Medicamentos

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

Solicitante:	Nombre del medicamento:	Causa:	Cantidad:	Frecuencia:	Desde:	Hasta:

  

Solicitante:	Nombre del medicamento:	Causa:	Cantidad:	Frecuencia:	Desde:	Hasta:

  

Solicitante:	Nombre del medicamento:	Causa:	Cantidad:	Frecuencia:	Desde:	Hasta:

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

### (5.6) Hábito(s)

¿Alguno de los solicitantes ha fumado cigarrillos o consumido algún producto con nicotina? ..... Sí  No  Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante:	Tipo:	Cantidad por día	Solicitante:	Tipo:	Cantidad por día

¿Alguno de los solicitantes ha consumido alguna vez alcohol o drogas ilegales? ..... Sí  No  Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante:	Tipo:	Cantidad por semana	Solicitante:	Tipo:	Cantidad por semana

### (5.7) Historial familiar

¿Alguno de los solicitantes tiene historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer, o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? ..... Sí  No   
Si respondió "Sí", favor explicar abajo.

Solicitante	Familiar con el desorden (favor marcar)				Desorden
	Padre	Madre	Hermano(a)	Hijo(a)	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

## COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA

Esta Cobertura Temporal de Emergencia solamente ofrece cobertura según se especifica abajo y está sujeta al cumplimiento de todos los términos y condiciones. Solamente es válida cuando la prima modal completa seleccionada ha sido incluida con la solicitud.

### CANTIDAD DE LA COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA

La Cobertura Temporal de Emergencia estará vigente desde el momento que la Aseguradora, Bupa Insurance Company (Bupa), reciba la solicitud y el total de la prima, cuando la Aseguradora se compromete a proporcionar cobertura a todos los propuestos asegurados (incluyendo a el/la cónyuge y los hijos) para gastos médicos cubiertos que resulten de lesiones corporales por accidentes ocurridos, hasta la fecha efectiva de la póliza o treinta (30) días después de que haya sido recibida por la Aseguradora, la que ocurra primero, por un beneficio máximo de veinticinco mil dólares americanos (USD25,000) por póliza. Esta cobertura Temporal de Emergencia está sujeta a, y gobernada por, los términos, provisiones y exclusiones de la póliza que habrían sido aplicables si la póliza hubiese estado en vigor en la fecha del accidente del propuesto asegurado.

El beneficio está sujeto al deducible para el plan escogido por el propuesto Asegurado y no aplica si la Solicitud es denegada por cualquier razón. Las lesiones sostenidas debido a un accidente mientras la Solicitud está siendo evaluada, no pueden considerarse para denegar la solicitud.

### CONDICIONES QUE DEBEN CUMPLIRSE PARA QUE ENTRE EN VIGOR LA COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA

1. Todos los requisitos médicos y no médicos, y cualquier otra información solicitada por Bupa deben ser recibidos en nuestras oficinas.
2. La prima enviada con la solicitud debe ser igual o más que la primera prima modal mínima, y debe ser pagada en dólares americanos, pagable a Bupa Worldwide Corporation.
3. Dicha prima debe ser efectiva y cobrable si se paga por cheque, giro bancario o giro postal antes de que la cobertura entre en vigor.
4. El propuesto asegurado debe ser asegurable de acuerdo a las directrices de evaluación de riesgos de la compañía.
5. La solicitud debe estar debidamente completada.

Todas las declaraciones y respuestas incluidas en esta solicitud son ciertas, completas y declaradas completamente según mi mejor conocimiento, y serán la base para cualquier póliza emitida basada en esta solicitud. Cualquier declaración omitida, incorrecta o incompleta, puede resultar en la denegación de un reclamo, que el contrato sea modificado, o que la póliza de seguro sea cancelada, conforme a los términos y condiciones de la póliza.

Todas las condiciones antes mencionadas deben ser cumplidas para que la cobertura temporal de emergencia entre en vigor. La cobertura temporal de emergencia terminará cuando la cobertura solicitada entre en vigor, haya sido denegada, o cuando otra cobertura diferente de la solicitada haya sido ofrecida. La cobertura temporal de emergencia es válida por 30 días a partir del recibo de la solicitud y la prima, y terminará después de este período.

El productor, representante o cualquier otra persona no tiene la autoridad para exonerar o alterar ninguna de las condiciones, no puede obligar a Bupa a aceptar el riesgo, y no puede cambiar ninguno de los términos de este documento. La cobertura no es válida a menos que el pago correspondiente hecho a Bupa Worldwide Corporation sea cobrable.

He leído y entiendo todas las condiciones contenidas en este documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del propuesto Asegurado Principal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por medio de la presente certifico que he recibido la suma de USD \_\_\_\_\_ como pago por el seguro de salud de

\_\_\_\_\_ que es aplicable en esta fecha.

\_\_\_\_\_  
Nombre del propuesto Asegurado Principal

\_\_\_\_\_  
Nombre del Productor

\_\_\_\_\_  
Firma del Productor

\_\_\_\_\_  
Fecha

  
Favor cortar por la línea de puntos

**Copia para el Asegurado Principal**

### CANTIDAD DE LA COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA

La Cobertura Temporal de Emergencia estará vigente desde el momento que la Aseguradora, Bupa Insurance Company (Bupa), reciba la solicitud y el total de la prima, cuando la Aseguradora se compromete a proporcionar cobertura a todos los propuestos asegurados (incluyendo a el/la cónyuge y los hijos) para gastos médicos cubiertos que resulten de lesiones corporales por accidentes ocurridos, hasta la fecha efectiva de la póliza o treinta (30) días después de que haya sido recibida por la Aseguradora, la que ocurra primero, por un beneficio máximo de veinticinco mil dólares americanos (USD25,000) por póliza. Esta cobertura Temporal de Emergencia está sujeta a, y gobernada por, los términos, provisiones y exclusiones de la póliza que habrían sido aplicables si la póliza hubiese estado en vigor en la fecha del accidente del propuesto asegurado.

El beneficio está sujeto al deducible para el plan escogido por el propuesto Asegurado y no aplica si la Solicitud es denegada por cualquier razón. Las lesiones sostenidas debido a un accidente mientras la Solicitud está siendo evaluada, no pueden considerarse para denegar la solicitud.





Administración:

7001 Southwest 97th Avenue

Miami, Florida 33173

Teléfono: +1 (305) 398-7400

Fax: +1 (305) 275-8484

[www.bupalatinamerica.com](http://www.bupalatinamerica.com)

[bupa@bupalatinamerica.com](mailto:bupa@bupalatinamerica.com)