

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA INDIVIDUAL



La Compañía se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha respondido 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

Nombre de los solicitantes (asegurado principal/dependientes)		Relación con el asegurado principal	Estado civil ⁽¹⁾	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso	Estatura
Nombre	I.	Asegurado principal		Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Apellido					F <input type="checkbox"/>		
Nombre	I.			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Apellido				Día/Mes/Año	F <input type="checkbox"/>	lbs kg	pies m
Nombre	I.			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Apellido				Día/Mes/Año	F <input type="checkbox"/>	lbs kg	pies m
Nombre	I.			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Apellido				Día/Mes/Año	F <input type="checkbox"/>	lbs kg	pies m
Nombre	I.			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>		
Apellido				Día/Mes/Año	F <input type="checkbox"/>	lbs kg	pies m

⁽¹⁾ S - soltero(a) C - casado(a) CV - conviviente D - divorciado(a) V - viudo(a)

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

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

2. PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA

Producto		Fecha efectiva solicitada para la cobertura	Día/Mes/Año
Plan de Deducible			
Cobertura adicional: Por favor seleccione si desea añadir alguna de las siguientes coberturas adicionales y que no están disponibles en el producto contratado			
<input type="checkbox"/> Complicaciones de maternidad ⁽²⁾ <input type="checkbox"/> Procedimientos de trasplante ⁽³⁾ <input type="checkbox"/> Otra:			

⁽²⁾ Por favor complete el Cuestionario de Maternidad ⁽³⁾ 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si respondió "Sí", por favor explicar			

4. INFORMACIÓN GENERAL

(4.1) Dirección

Residencia					
Código postal		Ciudad/Estado		País	
Otra/Postal (si diferente de la anterior)					
Código postal		Ciudad/Estado		País	

(4.2) 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 usted en los EE.UU. por más de seis (6) meses en el último año? Sí No

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

Residencia		Trabajo	
Fax		Celular	
E-mail			

5. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre		Relación con el asegurado principal	
Nombre		Relación con el asegurado principal	

6. INFORMACIÓN MÉDICA

(6.1) Médico(s) de la familia

Nombre del solicitante			
Nombre del médico			
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante			
Nombre del médico			
Especialidad		Teléfono	
Nombre del solicitante			
Nombre del médico			
Especialidad		Teléfono	
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 cinco (5) años? Sí No Si respondió "Sí", explique abajo.

Solicitante		Tipo de examen		Fecha	<small>Día/Mes/Año</small>
Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (Si el resultado es anormal, favor explicar)					
Solicitante		Tipo de examen		Fecha	<small>Día/Mes/Año</small>
Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal (Si el resultado es anormal, favor explicar)					

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				

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, tuberculosos 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 cartilago 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)		
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)		

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continúa)

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(las) 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(las) solicitante(s)	
c	¿Ha tenido algún embarazo ectópico? Fecha: <input type="text"/> Día/Mes/Año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la(las) solicitante(s)	
d	¿Ha tenido algún legrado? Fecha: <input type="text"/> Día/Mes/Año ¿De qué tipo? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la(las) solicitante(s)	
e	¿Ha tenido algún aborto? Fecha: <input type="text"/> Día/Mes/Año Causa <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la(las) solicitante(s)	
f	¿Ha tenido alguna cesárea? Fecha: <input type="text"/> Día/Mes/Año Causa <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la(las) solicitante(s)	
g	¿Ha tenido algún tratamiento de fertilidad/infertilidad? Fecha: <input type="text"/> Día/Mes/Año Causa <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la(las) 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	Hasta	Tratamiento y resultados
Estado de salud actual	Información del médico	
Letra	Solicitante	Condición
Desde	Hasta	Tratamiento y resultados
Estado de salud actual	Información del médico	
Letra	Solicitante	Condición
Desde	Hasta	Tratamiento y resultados
Estado de salud actual	Información del médico	
Letra	Solicitante	Condición
Desde	Hasta	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. INFORMACIÓN MÉDICA (continúa)

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

(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 abajo.

Solicitante		
Tipo	¿Cuánto tiempo?	Cantidad
Solicitante		
Tipo	¿Cuánto tiempo?	Cantidad
Solicitante		
Tipo	¿Cuánto tiempo?	Cantidad
Solicitante		
Tipo	¿Cuánto tiempo?	Cantidad

(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 abajo.

Solicitante		
Familiar con el desorden (Favor marcar) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	Desorden	
Solicitante		
Familiar con el desorden (Favor marcar) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	Desorden	
Solicitante		
Familiar con el desorden (Favor marcar) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	Desorden	
Solicitante		
Familiar con el desorden (Favor marcar) <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> Hermana	Desorden	

7. SUSCRIPCIÓN COMO CLIENTE VIRTUAL

Por este medio me suscribo como cliente virtual de Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros. Como cliente virtual, recibiré toda la correspondencia y documentos relacionados con mi seguro ingresando a los Servicios en Línea de Bupa en www.bupalud.com

8. MODALIDAD DE LA PÓLIZA

Por favor indique la modalidad de pago solicitada: Anual^(*) Semestral Mensual Otra ^(*) En caso de pago anual, complete solo la columna del primer pago

8. MODALIDAD DE LA PÓLIZA (CONTINUACIÓN)

Detalle del valor a pagar:	Primer pago	Pagos subsiguientes
Prima	US\$	US\$
Cobertura opcional	US\$	US\$
Contribución Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros	US\$	US\$
Contribución Seguro Social Campesino	US\$	US\$
Tarifa administrativa anual	US\$	US\$
IVA	US\$	US\$
Sub-total	US\$	US\$
Financiamiento diferido	US\$	US\$
TOTAL	US\$	US\$

COMENTARIOS

9. RECONOCIMIENTOS 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 acerca de aquellas circunstancias que, conocidas por BUPA ECUADOR S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (de ahora en adelante "la Compañía") hubieren retraído de celebrar el contrato, o inducido a estipular condiciones más gravosas, vician de nulidad relativa el contrato de seguro. Tal nulidad se entiende saneada por el conocimiento de dichas circunstancias de parte de la Compañía antes de perfeccionarse el contrato, o después, si las acepta expresamente. Si el contrato rescinde, la Compañía queda obligada a devolver al Asegurado la parte de la prima en proporción al tiempo no corrido calculado a prorrata.

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 Compañía para la aprobación final antes de que la cobertura se haga efectiva. En caso de que la póliza fuese aprobada durante este periodo, la Compañía 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 Compañía durante los catorce (14) días siguientes al recibo de la póliza de seguro.

Autorización para recaudar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a la Compañía y sus filiales en Miami 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 la Compañía o sus representantes designados. La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud.

Entiendo que la Compañía se basará en dicha información para 1) evaluar el riesgo de esta solicitud de cobertura y tomar decisiones sobre la 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.

Entiendo que la capacidad de la Compañía 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 la Compañía y sus filiales en Miami para revelar a mi agente/agencia de seguro 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 mi salud, que les permitirá atender mis preguntas y facilitar la interacción relacionada con mi cobertura de seguro, pagos y reclamaciones.

Sí No

Declaración de origen y destino de fondos

Conocedor (a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a BUPA Ecuador S.A., en caso de

emitirse la Póliza, son y provienen de actividades lícitas.

Entiendo que:

- La Compañía 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.
- La Compañía cumplirá con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de los Estados Unidos de América ("HIPAA" por sus siglas en inglés) en lo que fuere aplicable a los proveedores amparados por

HIPAA, tratándose de información médica que deba ser revelada de manera pertinente conforme a lo estipulado por HIPAA. La información médica del asegurado en los registros de proveedores locales no será regida por la HIPAA.

- Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Una copia certificada de la autorización será tan válida como el original.
- La autorización permanecerá vigente mientras la cobertura esté vigente,

incluyendo las renovaciones.

- 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 (cuando fuere aplicable).
- 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 (cuando fuere aplicable).
- Tengo el derecho de revocar esta autorización previo aviso por escrito a la Compañía. Sin embargo, la revocación no cobrará vigencia hasta que la

Compañía reciba y procese dicha revocación. Las revocaciones serán enviadas por correo postal o electrónico a:

Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros
Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú
Edificio San Salvador, Piso 4
Quito, Ecuador
SACecuador@bupalatinamerica.com

Declaración: He revisado en forma íntegra todos los datos constantes en el presente documento, siendo de mi responsabilidad, mismo que son aceptados en su totalidad por mi persona en calidad de asegurado, siendo aquéllos veraces y reales, por lo que no tengo nada que reclamar en presente y futuro por los efectos que se deriven de tales datos y declaraciones. Por lo tanto, deslindo a la Compañía de cualquier responsabilidad y consecuencia de los hechos que se pudieren generar de tal información. 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 efectuadas arriba. Esta solicitud es válida por noventa (90) días calendario a partir de la fecha en que ha sido firmada

10. VERIFICACION DE TEXTO

El Asegurado Titular y/o Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Lugar y fecha		Lugar y fecha	
Bupa Ecuador S.A. Firma autorizada		Contratante Firma	
Como Agente/Agencia asesora productora, acepto completa responsabilidad por el envío a la Compañía 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		Código del agente	

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control aprobó el presente formulario con el número de registro 50859, con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00080903-O del 1 de octubre de 2018.

Bupa Ecuador S.A. Compañía de Seguros

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador Piso 4 • Quito - Ecuador
Tel : (593-2)3965600 • Fax: (593-2)3965650 • www.bupalud.com • SACecuador@bupalatinamerica.com

RESTRINGIDO-CONFIDENCIAL AL ESTAR COMPLETADO