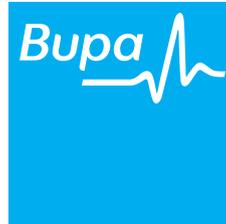


GLOBAL HEALTH PLANS

SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MÉDICOS



Esta solicitud es para ser completada por asegurados de Salud Global.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Si tiene más comprobantes de pago, no es necesario enviar otra solicitud de reembolso. Sólo envíe los comprobantes de pago con una carta informando sobre la condición e instrucciones de pago. Si la condición continúa por más de seis meses, podríamos requerir que se complete una nueva solicitud de reembolso.

Le informamos que no podremos devolver sus documentos originales. Sin embargo podemos proveerle copias si las necesita.

1. INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE - DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Número de póliza			
Título			
Nombre			
Apellido paterno			
Apellido materno			
Otros nombres			
Fecha de nacimiento		Edad	
Dirección de correspondencia			
Sector		Ciudad	
Código postal		País	
Correo electrónico			
Teléfono			
¿Es esta su dirección de residencia permanente?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Quiere que toda la correspondencia futura sea enviada a esta dirección?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿Tiene una dirección de residencia en los Estados Unidos de América?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
¿En qué país tuvo lugar el tratamiento?			
¿En qué moneda se emitió el comprobante de pago?			
¿Cuál es el monto total del siniestro?			

Bupa Ecuador S.A.

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú • Ed. San Salvador, Piso 4 • Quito, Ecuador
Tel. (593) 2 396 5600 • www.bupalud.com • SACecuator@bupalatinamerica.com

2. INFORMACIÓN MÉDICA - DEBE SER COMPLETADA POR EL MÉDICO ENCARGADO DEL TRATAMIENTO GENERAL DEL PACIENTE

Información sobre el médico	Nombre	
	Dirección	
	Especialidad	

Diagnóstico	

Fecha inicial en la que el paciente notó los primeros síntomas	
--	--

¿Cuándo vió el paciente por primera vez a un médico con referencia a este diagnóstico?	
--	--

Detalles del tratamiento	

Detalles de la operación	

Detalles de los medicamentos recetados	

Tratamiento dental	<input type="checkbox"/> Chequeo anual	<input type="checkbox"/> Preventivo	<input type="checkbox"/> Restauración mayor
	<input type="checkbox"/> Ortodoncia	<input type="checkbox"/> Tratamiento de emergencia o por accidente	

Detalles del tratamiento	

Fechas de hospitalización: Fecha de admisión		Fecha en que se le dio de alta	
---	--	--------------------------------	--

Información sobre el hospital	Número de referencia			
	Nombre			
	Dirección			
	Teléfono		Fax	
	Correo electrónico			

Firma del médico/cirujano dental

Fecha

3. DETALLES DE PAGO

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Pago por transferencia electrónica de fondos a una cuenta bancaria

Nombre del banco	
Tipo de cuenta	
Número de cuenta	
Cédula o RUC	
Nombre del propietario de la cuenta/pagadero a:	

En caso que no podamos realizar un reembolso directo a la cuenta bancaria, o que no se nos suministre detalles de la cuenta, realizaremos el reembolso a través de cheque. Nos reservamos el derecho de enviar cualquier beneficio pagadero a la persona correspondiente, por ejemplo, los representantes de ejecutar el testamento de una persona que haya fallecido o al dependiente en su póliza que ha pagado la prima.

4. CONFIDENCIALIDAD

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Con el fin de procesar su siniestro, podría ser necesario que solicitemos un reporte médico del especialista que le atendió. Para ello, necesitamos su consentimiento firmando la siguiente declaración.

Usted puede elegir una de las siguientes tres opciones:

1. Puede darnos su consentimiento sin necesidad de ver el reporte médico con anterioridad. El reporte será enviado por su médico directamente a Bupa Ecuador S.A.

2. Puede darnos su consentimiento requiriendo ver el reporte médico antes que sea enviado a Bupa Ecuador S.A., en cuyo caso tendrá 21 días a partir de que Bupa Ecuador S.A. solicite el reporte para revisarlo. Si usted no contacta a su médico dentro de los 21 días de nuestra notificación, él/ella tiene la potestad de enviarnos dicho reporte directamente. Si por el contrario usted contacta a su médico para tener acceso a su reporte médico, usted deberá darle a su médico un consentimiento por escrito para que él/ella nos envíe dicho reporte.

Usted podrá pedir a su médico que cambie el reporte si usted considera que su información es confusa. Si su médico rehúsa hacerlo, usted puede insistir en agregar sus propios comentarios en el reporte antes de ser enviado a Bupa Ecuador S.A.

En el caso que decida darnos su consentimiento sin indicar que desea ver el reporte médico antes de que sea enviado a Bupa Ecuador S.A. y luego cambia de parecer, puede contactar a su médico antes que dicho reporte sea enviado a Bupa Ecuador S.A., en cuyo caso usted podrá verlo y pedirle a su médico que haga cambios o agregue sus comentarios antes que sea enviado, o no dar su consentimiento a que dicho reporte sea revelado.

3. Puede reservarse el derecho de no consentir la divulgación de su reporte médico, en cuyo caso puede ser que su siniestro no sea aceptado.

En caso que usted indique, o no, su decisión de tener acceso a su reporte médico antes que sea enviado a Bupa Ecuador S.A., usted tiene el derecho de pedirle a su médico acceso a una copia de dicho reporte siempre y cuando lo solicite dentro de los primeros seis meses en los que el reporte nos fue suministrado.

Su médico tiene la potestad de no revelar la información, parcial o total, contenida en el reporte si: (a) considera que será perjudicial para usted, o (b) si dicha información indica sus intenciones con respecto a usted, o (c) dicho reporte revela la identidad de otra persona sin su consentimiento (distinto a lo permitido por un especialista de la salud en su capacidad profesional en relación a su cuidado). Su médico podría requerir cargos razonables por sus servicios.

Con mi firma abajo autorizo y solicito a cualquier hospital, especialista, médico o cualquier otro proveedor de salud, que suministre a Bupa Ecuador S.A. o un productor debidamente autorizado que actúe como representante de Bupa Ecuador S.A., toda la información que Bupa Ecuador S.A. o dicho productor necesite en relación con cualquier tratamiento u otros servicios suministrados a mi persona o a mi dependiente, con el propósito de que Bupa Ecuador S.A. considere el

reembolso correspondiente.

He sido notificado de mis derechos.

Indique aquí si usted desea tener acceso a una copia de su reporte médico antes de ser enviado a Bupa Ecuador S.A.:

Sí

No

NOTIFICACIÓN DE PROCESAMIENTO DE DATOS

Propósito: Los datos personales recopilados sobre usted y personas adicionales cubiertas por la póliza, podrán ser utilizados por Bupa Ecuador S.A. para procesar sus siniestros, administrar su póliza, hacer sugerencias sobre el tratamiento clínicamente apropiado, para la investigación y análisis y para detectar y prevenir el fraude o siniestros inapropiados.

Confidencialidad: La confidencialidad de la información del paciente y asegurado es de suma importancia para Bupa Ecuador S.A. Para ello, Bupa Ecuador S.A. cumple con la legislación correspondiente y los lineamientos de confidencialidad médica.

Información médica: La información médica se mantendrá confidencial. A menos que sea requerido o permitido por la ley, sólo será compartida con los involucrados en su tratamiento o atención, incluyendo su médico de cabecera y sus agentes, y en caso de ser necesario, cualquier persona u organización que sea responsable de cumplir con sus gastos de tratamiento, o sus agentes. La información también puede ser compartida con terceros designados que participan en la gestión y manejo de su póliza. La información puede ser compartida con su productor o asesor de Bupa Ecuador S.A., en caso que usted haya solicitado su asistencia.

El intercambio de datos personales: Sin perjuicio de sus obligaciones de confidencialidad y protección de datos, podemos compartir su información personal con:

- Otras empresas de Bupa Global para los fines anteriormente indicados, y el acceso está restringido a aquellas personas que tengan la necesidad de acceder a la información para esos fines.
- Otras aseguradoras de Bupa Global o nuestros asociados de seguros. En caso que usted se transfiera a otro seguro de Bupa Ecuador S.A. o un seguro ofrecido por uno de nuestros asociados, compartiremos su historia médica y siniestro con la nueva aseguradora.
- Nuestros proveedores de servicios.

Algunas veces tendremos que compartir sus datos personales con asesores profesionales como investigadores de siniestros, proveedores de asistencia de emergencia, profesionales médicos, abogados y otros expertos.

También contratamos otros proveedores de servicios

4. CONFIDENCIALIDAD (CONTINUACIÓN)

INFORMACIÓN IMPORTANTE

de tecnología informática, impresión y servicios de mercadeo, investigación y análisis y servicios similares. En cada caso, se requiere que estos contratistas sólo utilicen los datos de carácter personal que sean necesarios para llevar a cabo sus servicios.

Igualmente podemos compartir información con el asegurado titular y/o contratante como las prestaciones recibidas por otras personas cubiertas por la póliza, las reclamaciones pagadas, cantidad utilizada del deducible y, si procede cualquier historia médica de otra persona cubierta por la póliza, lo que repercute en la prestación de los beneficios.

En algunos casos, estos asesores están localizados fuera de su jurisdicción, en países que no ofrecen la misma protección que ofrece Ecuador. Bupa Ecuador S.A. se asegura de que ellos se sometan a restricciones contractuales en lo que respecta a obligaciones de confidencialidad y seguridad.

Detalles del asegurado: Todos los documentos de la póliza y correspondencia relacionada con cualquier reclamación, pueden ser enviados al asegurado titular. Bupa Ecuador S.A. podría compartir otra información con el asegurado titular, como por ejemplo los beneficios recibidos por otras personas cubiertas por la póliza, reclamaciones pagadas, cantidad usada del deducible, y, en caso de ser necesario, cualquier historial médico de otra persona cubierta por la póliza, que influya en las provisiones de los beneficios.

Llamadas telefónicas y chateo en línea: Con el fin de mejorar continuamente nuestros servicios, sus llamadas o chateo en línea serán grabados y pueden ser monitorizados.

Investigación y análisis: Sus datos personales podrán ser utilizados con propósitos analíticos, estadísticos y de investigación. Los resultados serán utilizados para

desarrollar y mejorar nuestros servicios y los servicios que recibe que son financiados por su póliza. También podríamos ponernos en contacto con usted e invitarle a participar en las actividades de investigación.

Fraude: Estamos obligados por la ley, en ciertas circunstancias, a divulgar información a la Unidad de Análisis Financiero y Económico (UAFE) sobre sospechas de reclamaciones fraudulentas y otros delitos. Revelaremos información a terceros, incluyendo otros aseguradores a efectos de prevención, detección o investigación de delitos, incluyendo sospecha razonable de fraude y reclamaciones inapropiadas.

Nombres y direcciones: Bupa Ecuador S.A. no revela el nombre y dirección de sus asegurados o pacientes a otras organizaciones fuera del grupo Bupa Global y sus proveedores de servicios.

Dirección de contacto: De acuerdo con la ley, si usted desea recibir una copia de su información personal, desea actualizar su información personal o tiene alguna duda relacionada con el procesamiento de datos, por favor comuníquese con el Equipo de Servicio de Bupa Ecuador S.A. al (593-2) 396 5600. También puede enviarnos un correo electrónico a: SACecuador@bupalatinamerica.com o encontrarnos en nuestras oficinas en:

Av. República de El Salvador
N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador Piso 4
Quito, Ecuador

Para más información, consulte la Política de Privacidad de Bupa en www.bupasalud.com.

5. ASEGURADORES EXTERNOS

¿Cuenta con otra póliza de seguro que ofrezca la misma cobertura o conoce a la persona/organización relacionada con el siniestro? Sí No

Por favor consulte el Artículo 26 Subrogación e Indemnización de las Condiciones Generales para mayor información.

Nombre			
Dirección			
Correo electrónico		Teléfono	

6. AUTORIZACIÓN - DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Yo confirmo que la información que he suministrado en este documento es correcta y precisa, a mi mejor entender. Confirmando que he dado consentimiento explícito para procesar mi información personal referente a este siniestro.

Firma del paciente (Padre o guardian en el caso que el paciente sea menor de 16 años de edad)	Fecha
---	-------

7. VERIFICACIÓN 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		Asegurado Titular Firma	

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó al presente formulario el número 44397 con fecha 1 de febrero de 2017.