

# BUPA CORPORATE CARE

## SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA DE GRUPO



Por favor llene esta solicitud y entréguela a Bupa con lo siguiente:

- Certificado de Registro de la compañía
- Lista de empleados en la nómina, aunque no todos sean cubiertos (este requisito solo aplica para los productos Corporate Care Empresarial-Corporativo y Corporate Pool-Pymes)
- Una solicitud - formato para suplemento médico (aplica para Pool-Pymes y Grupal)
- Historial de reclamos de la aseguradora anterior, en caso de que aplique (Empresarial-Corporativo)

### SECCIÓN 1

#### A. Tipo de Grupo

Por favor seleccione un grupo de acuerdo con las siguientes opciones:

Empresarial-Corporativo     Pool-Pymes     Grupal

#### B. Opción y Plan

Por favor seleccione la cobertura y el deducible que se aplicará para cada asegurado:

Opción de cobertura	<input type="checkbox"/> Opción 1	<input type="checkbox"/> Opción 2	<input type="checkbox"/> Opción 3	
Cobertura máxima anual por asegurado	US\$500,000	US\$1,000,000	US\$2,000,000	
Plan	<input type="checkbox"/> Plan 1	<input type="checkbox"/> Plan 2	<input type="checkbox"/> Plan 3	<input type="checkbox"/> Plan 4
Deducible mundial por asegurado	US\$1,000	US\$5,000	US\$10,000	US\$20,000
Deducible en Estados Unidos por asegurado	US\$2,000	US\$5,000	US\$10,000	US\$20,000
Deducible máximo por familia	US\$4,000	US\$10,000	US\$20,000	US\$40,000

Por favor seleccione cualquier anexo de cobertura adicional solicitado:

Cuidado Dental     Cuidado de la Vista

### SECCIÓN 2

#### A. Información del Solicitante (Administrador del Grupo)

Nombre de la compañía/organización (aparecerá en las facturas y en los documentos)

Tipo de negocio (clasificación estándar por industria)		Identificación tributaria No.	
Dirección del negocio			
Ciudad	Provincia	País	
Número de teléfono	Número de fax		
E-mail	Sitio Web		
Dirección postal (si es diferente a la anterior)			
Ciudad	Provincia	País	
Nombre del Administrador de Grupo			
Número de teléfono	E-mail		
¿Quién debe recibir los documentos de membresía para los asegurados? <input type="checkbox"/> Administrador de Grupo <input type="checkbox"/> Agente			

**B. Cobertura Anterior (si aplica)**

¿Está el grupo cubierto por otro plan de seguro de salud?  
 Sí  No

Si respondió "Sí", favor proporcionar la siguiente información:

Nombre de la aseguradora actual

Inicio de vigencia bajo el plan existente

DD/MM/AA

Fin de vigencia bajo el plan existente

DD/MM/AA

Razón para la terminación de la cobertura bajo el plan actual

¿Si la póliza de Bupa Corporate Care es aprobada, continuará en efecto el plan de cobertura actual?  Sí  No

**C. Elegibilidad**

Número de asegurados que se inscriben ahora

Número de dependientes que se inscriben ahora

Fecha efectiva solicitada para la cobertura

DD/MM/AA

¿Cuántos Formularios de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo están siendo sometidos con esta Solicitud?

Nombre y dirección de cualquier compañía subsidiaria o afiliada que debe estar cubierta (si necesita más espacio, favor usar una hoja adicional):

Nombre de la compañía/organización (aparecerá en las facturas y en los documentos)

Tipo de negocio (clasificación estándar por industria)

Dirección del negocio

Ciudad

Provincia

País

Número de teléfono

Número de fax

E-mail

Sitio Web

Dirección postal (si es diferente a la anterior)

Ciudad

Provincia

País

**SECCIÓN 3****A. Opciones del pago**

Seleccione la modalidad de pago:  Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

Seleccione el método de pago:  Cheque  Transferencia bancaria  Tarjeta de Crédito (Por favor adjunte el Formulario de Autorización para Pago con Tarjeta de Crédito)

Nota: El pago debe ser efectuado en dólares americanos por el **Administrador de Grupo**. No se aceptarán pagos individuales de asegurados o dependientes.

## SECCIÓN 4 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.

## SECCIÓN 5

**A. Administración** (debe ser completada por el Administrador de Grupo o su representante autorizado. Aplica únicamente para Corporate Care Empresarial-Corporativo y Corporate Pool-Pymes)

Como Administrador de Grupo o su representante autorizado, certifico por este medio que el negocio que represento emplea a  asegurados o empleados de tiempo completo (30 horas o más por semana) y que no se ha incluido empleados de medio tiempo para cobertura.

Estoy de acuerdo en proporcionar una notificación por escrito a Bupa Ecuador sobre cualquier asegurado nuevo en la empresa, o de un asegurado actual que ya no es elegible para cobertura, dentro de treinta (30) días a partir de la fecha en que éste sea elegible para cobertura, o cuando el individuo cese empleo de tiempo completo, o ya no sea elegible para esta cobertura. Inmediatamente notificaré a Bupa Ecuador si alguna de las representaciones aquí expuestas cesan de ser verdaderas.

**B. Declaración** Certifico que he respondido a todas las declaraciones en esta Solicitud y que, según mi mejor conocimiento están completas y son verdaderas. Entiendo que Bupa Ecuador S.A., Compañía de Seguros ("Bupa Ecuador") las tomará en cuenta como base para cualquier póliza emitida. 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 rescindida según los términos y condiciones de la misma. Ninguna información será considerada que haya sido proporcionada a Bupa Ecuador a no ser que esté incluida con esta Solicitud. Ninguna renuncia o modificación de una provisión de contrato o cualquiera de los derechos o requerimientos del Grupo, será requerida del Administrador de Grupo a menos que esté por escrito, firmada y acreditada por un oficial de Bupa Ecuador.

## C. Administrador de Grupo o Representante Autorizado

Nombre		Título	
Firma		Fecha	DD/MM/AA
Nombre del Agente		Código	
Firma del Agente		Fecha	DD/MM/AA

Nota: La cobertura del seguro no es efectiva hasta que Bupa Ecuador someta aprobación por escrito. La cobertura del seguro será efectiva en la fecha especificada por Bupa Ecuador, y la misma puede variar de la fecha de efectividad solicitada. No cancele ninguna cobertura existente hasta que la cobertura bajo este plan ha sido aprobada.

## SECCIÓN 6: 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		Contratante Firma	

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control aprobó el presente formulario con el número de registro 50861, con oficio No. SCVS-IRQ-DRS-SCTSR-2018-00080903-O del 1 de octubre de 2018.

**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.bupasalud.com/MiBupa](http://www.bupasalud.com/MiBupa)

