

BUPA CORPORATE CARE

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES DE GRUPO



1302

Por favor llene esta solicitud y entréguela a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. con lo siguiente:

- Fotocopia de la Patente de Comercio de Sociedad y/o Empresa extendida por el Registro Mercantil General de la República de Guatemala
- Lista de empleados en la nómina, quienes formarán parte del grupo asegurable y pueden no ser todos cubiertos
- Consentimiento Individual de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo completado por cada empleado
- Historial de reclamos durante los últimos dos años de la aseguradora anterior (sólo para Grupo Experiencia)
- Fotocopia del documento de identificación del Representante Legal.
- Fotocopia de un recibo, ya sea de agua, luz o teléfono u otro servicio similar, que registre la dirección de la residencia reportada por la entidad solicitante. Fotocopia del nombramiento del Representante Legal de la entidad solicitante.

Número de cliente		Número de póliza	
-------------------	--	------------------	--

SECCIÓN 1

A. 1 Tipo de grupo (Por favor seleccione un grupo de acuerdo al número de empleados)

- Grupo Colectivo (para grupos de 5-69 empleados)
 Grupo Experiencia (para grupos de 70 empleados o más)

A. 2 Tipo de persona

- Persona individual
 Persona jurídica

B. Opción y Plan (Por favor seleccione la cobertura y el deducible que se aplicará para cada empleado)

	<input type="checkbox"/> Opción 1	<input type="checkbox"/> Opción 2				
Máxima cobertura anual	US\$1,000,000	US\$2,000,000				
Área de cobertura	Mundial (incluye EE.UU.)	Mundial (incluye EE.UU.)				
Deducible:	<input type="checkbox"/> Plan 1	<input type="checkbox"/> Plan 2	<input type="checkbox"/> Plan 3	<input type="checkbox"/> Plan 4	<input type="checkbox"/> Plan 5	<input type="checkbox"/> Plan 6
Mundial	US\$0	US\$500	US\$2,000	US\$5,000	US\$10,000	US\$20,000
En los Estados Unidos	US\$1,000	US\$2,000	US\$5,000	US\$5,000	US\$10,000	US\$20,000
Por favor seleccione cualquier anexo de cobertura adicional solicitado:	<input type="checkbox"/> Cuidado Dental	<input type="checkbox"/> Cuidado de la Vista				

SECCIÓN 2

A. Información del Grupo

Nombre de la entidad o la persona jurídica (tal como aparecerá en las facturas y documentos)						
Tipo de negocio o actividad económica (clasificación estándar por industria)						
Dirección						
Código postal	Municipio				Departamento	
NIT				Número de teléfono		
Número de fax				Sitio en la red		
E-mail del administrador del grupo						
Dirección postal (si es diferente a la anterior)						
Código postal	Municipio				Departamento	

Número de teléfono		E-mail	
--------------------	--	--------	--

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

Fecha efectiva de cobertura bajo el plan existente

DD / MM / AA

Fecha en que termina la cobertura 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 Consentimientos Individuales de Seguro de Gastos Médicos Mayores de Grupo están siendo sometidos con esta Solicitud?

SECCIÓN 3

A. Opciones de pago

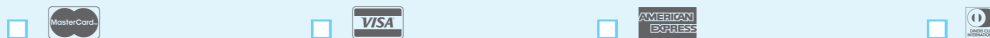
Seleccione la modalidad de pago:

- Anual
 Semestral
 Trimestral

Seleccione el método de pago:

- Cheque
 Transferencia bancaria
 Tarjeta de crédito (Por favor proporcione la información abajo)

Autorización para que Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. debite la tarjeta de crédito:



Número de tarjeta de crédito:

Fecha de expiración:

DD / MM / AA

Cantidad a debitar: US\$

Cuotas (Visa/Credomatic):

3 6 10 12

Dirección del Tarjetahabiente
(donde recibe el estado de cuenta):

Teléfono del Tarjetahabiente

Pago de la prima: Contributiva

% No Contributiva

Firma del Tarjetahabiente

Nota: El pago debe ser efectuado por el Administrador del Grupo. No se aceptarán pagos individuales de asegurados o dependientes, ni pagos en efectivo.

SECCIÓN 4

A. Declaración

Declaro por este medio que la entidad que represento cuenta con asegurados propuestos de tiempo completo (30 horas o más por semana) y que no se han incluido empleados de medio tiempo para cobertura.

Declaro que he respondido a todas las declaraciones en esta Solicitud y que, según mi conocimiento están completas y son verdaderas y exactas. Entiendo que Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. las tomará en cuenta como base para emitir la póliza. Cualquier declaración omitida, incorrecta, inexacta o incompleta, puede resultar en la denegación de cobertura, que las condiciones de emisión del contrato sean modificadas, o que la póliza de seguro sea cancelada según los términos y condiciones de la misma. Ninguna información será considerada que haya sido proporcionada a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A., a no ser que esté incluida con esta Solicitud.

Estoy de acuerdo en proporcionar una notificación por escrito a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. sobre cualquier empleado/asegurado propuesto nuevo en la entidad, 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 asegurado cese de su empleo de tiempo completo, o ya no sea elegible para cobertura.

Notificaré inmediatamente a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. de cualquier cambio en las declaraciones aquí expuestas.

Queda entendido y convenido que: Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

B. Información de responsables del grupo

B.1 Información del representante legal

Primer apellido	<input type="text"/>	Segundo apellido	<input type="text"/>
Primer nombre	<input type="text"/>	Segundo nombre	<input type="text"/>
Otros nombres	<input type="text"/>	Apellido de casada	<input type="text"/>
Tipo de documento de identificación	<input type="text"/>	Número de identificación	<input type="text"/>
Firma	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/> DD / MM / AA

B.2 Información del administrador del grupo

Primer apellido	<input type="text"/>	Segundo apellido	<input type="text"/>
Primer nombre	<input type="text"/>	Segundo nombre	<input type="text"/>
Otros nombres	<input type="text"/>	Apellido de casada	<input type="text"/>
Tipo de documento de identificación	<input type="text"/>	Número de identificación	<input type="text"/>
Nombre del Intermediario de Seguros	<input type="text"/>	Código	<input type="text"/>
Firma del Intermediario de Seguros	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text"/> DD / MM / AA

Nota: La cobertura del seguro no es efectiva hasta que Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. someta aprobación por escrito. La cobertura del seguro será efectiva en la fecha especificada por Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A., 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.

Este texto es responsabilidad de la Aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 392-2020 del 18 de marzo de 2020, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo. Este formulario cumple con todos los requisitos establecidos en el IVE-ASR-32.

Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

5ª Avenida 5-55, Zona 14 • Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103 • Ciudad de Guatemala PBX: 2300-8000 • www.bupasalud.com/MiBupa

