

# BUPA CORPORATE CARE

## SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES DE GRUPO



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)

### SECCIÓN 1

#### A. Tipo de Grupo

Por favor seleccione un grupo de acuerdo al número de empleados:

Grupo Colectivo (para grupos de 10-69 empleados)

Grupo Experiencia (para grupos de 70 empleados o más)

#### 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 (no 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
Mundial	US\$0	US\$500	US\$2,000	US\$5,000	US\$10,000
En los Estados Unidos	US\$1,000	US\$2,000	US\$5,000	US\$5,000	US\$10,000

### SECCIÓN 2

#### A. Información del Administrador de Grupo

Nombre de la entidad (tal como aparecerá en las facturas y documentos)					
Tipo de negocio (clasificación estándar por industria)					
Dirección					
Código postal		Municipio		Departamento	
Número de teléfono				Número de fax	
E-mail				Sitio web	
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





<b>C. Elegibilidad</b>			
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:	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semestral
Seleccione el método de pago:	<input type="checkbox"/> Cheque	<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria
	<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito (Por favor proporcione la información abajo)	

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

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------	---

Número de tarjeta de crédito:		Fecha de expiración:	DD / MM / AA
Cantidad a debitar: US\$		Cuotas (Visa/Credomatic):	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12

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

Teléfono del Tarjetahabiente		Firma del Tarjetahabiente	
------------------------------	--	---------------------------	--

Pago de la prima:	<input type="checkbox"/> Contributiva	%	<input type="checkbox"/> No Contributiva
-------------------	---------------------------------------	---	--

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

#### B. Datos de facturación

Nombre		NIT	
Dirección			

### SECCIÓN 4

#### A. Administración y Declaración (debe ser completada por el Administrador del Grupo)

Como Administrador del Grupo 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.

#### B. Administrador del Grupo

Nombre		Firma	
Cargo		Fecha	DD / MM / AA
Nombre del Intermediario de Seguros		Código	
Firma del Intermediario de Seguros		Fecha	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 646-2015. Guatemala, dieciséis de junio de dos mil quince.

**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.bupa.com.gt • ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com