

BUPA CORPORATE CARE

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD DE GRUPO



Por favor llene esta solicitud y entréguela a Bupa Panamá, S.A. con lo siguiente:

- Certificado de Registro de la compañía
- Lista de empleados en la nómina, aunque no todos sean cubiertos
- Un Formulario de Inscripción del Asegurado, completado por cada empleado (sólo para Grupo Colectivo)
- Una solicitud para Suplemento Médico completada por cada empleado (sólo para Grupo Colectivo)
- 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 5-49 empleados)
- Grupo Experiencia (para grupos de 50 empleados o más)

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

Máxima cobertura anual Área de cobertura	<input type="checkbox"/> Opción 1 US\$1,000,000 Mundial (incluye EE.UU.)	<input type="checkbox"/> Opción 2 US\$3,000,000 Mundial (incluye EE.UU.)	<input type="checkbox"/> Opción experiencia	
			Suma asegurada	
			Lugar de cobertura	

Deducible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Experiencia
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:

Cuidado Dental Cuidado de la Vista

SECCIÓN 2

A. Información del Contratante

Razón Social (tal como aparecerá en las facturas y en los documentos)							
Tipo de Negocio (clasificación estándar por industria)							
Nombre Comercial							
R.U.C				País de Constitución			
Ingresos anuales promedio				Lugar(es) donde tributa			
Dirección del Negocio							
Ciudad			Provincia			País	
Número de teléfono				Sitio Web			
E-mail							
Dirección postal (si es diferente a la anterior)							
Ciudad			Provincia			País	
Nombre del Representante Legal							

A. Información del Contratante (Continuación)

Nombre del Administrador de Grupo			
Número de teléfono		E-mail	
¿Quién debe recibir los documentos de membresía para los asegurados? <input checked="" 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			
Fecha efectiva de cobertura bajo el plan existente	DÍA/MES/AÑO	Fecha en que termina la cobertura bajo el plan existente	DÍA/MES/AÑO

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 Titulares que se inscriben ahora		Número de Dependientes que se inscriben ahora	
Fecha efectiva solicitada para la cobertura	DÍA/MES/AÑO	¿Cuántos Formularios de Inscripción del Asegurado 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):

Razón Social (tal como aparecerá en las facturas y en los documentos)			
Tipo de Negocio (clasificación estándar por industria)			
Nombre Comercial			
R.U.C		País de Constitución	
Ingresos anuales promedio		Lugar(es) donde tributa	
Dirección del Negocio			
Ciudad		Provincia	
		País	
Número de teléfono		Sitio Web	
E-mail			

SECCIÓN 3

A. Opciones de 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 **Contratante**. No se aceptarán pagos individuales de asegurados o dependientes.

SECCIÓN 4

A. Administración y Declaración

(debe ser completada por el Representante Legal)

Como Representante Legal, certifico por este medio que el negocio que represento cuenta con personas o emplea a empleados de tiempo completo (30 horas o más por semana) y que no se ha incluido empleados de medio tiempo para cobertura.

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 Panamá, S.A. 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 Panamá, S.A., 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 Representante Legal a menos que esté por escrito, firmada y acreditada por un oficial de Bupa Panamá, S.A.

Estoy de acuerdo en proporcionar una notificación por escrito a Bupa Panamá, S.A. 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.

En su condición de Contratante de la póliza solicitada, mi representada declara ser consciente de tener, ante Bupa Panamá S.A., la obligación de contar siempre con el consentimiento y/o con la autorización previa, válida y suficiente de los titulares de los datos personales que mi representada le proporcione a Bupa Panamá S.A., para fines cualesquiera relacionados con la póliza solicitada. Tal consentimiento/autorización debe de cumplir siempre con todos los requisitos establecidos por las normas aplicables sobre protección de datos personales y/o sobre confidencialidad, que puedan estar en vigor en la jurisdicción correspondiente. . El Contratante y/o Asegurado Titular de las pólizas emitidas bajo este plan de salud de grupo pueden obtener más información sobre las políticas de privacidad de la Aseguradora en la cláusula No. 2.7 de las condiciones generales del producto.

Por este medio, declaro que el plan de salud de grupo para el cual este seguro está siendo adquirida no está sujeta a la Ley de Seguridad del Ingreso de los Empleados Jubilados de los Estados Unidos ("ERISA", por sus siglas en inglés) de 1974 según ha sido enmendada, y no es requerido a ofrecer continuación de cobertura de acuerdo a la Ley de Consolidación y Reconciliación Total de Presupuesto de los Estados Unidos ("COBRA", por sus siglas en inglés).

B. Representante Legal

Nombre		Firma	
Título		Fecha	DÍA/MES/AÑO
Nombre del Agente		Código	
Firma del Agente		Fecha	DÍA/MES/AÑO

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

Regulado y supervisado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá

Bupa Panamá, S.A.

P.H. Prime Time, Piso 25, Oficina 25B, Costa del Este, Ave. La Rotonda · Panamá, República de Panamá

Tel: (507) 321 6200 · www.bupasalud.com/MiBupa