

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 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)

Máxima cobertura anual Área de cobertura	<input type="checkbox"/> Opción 1 US\$1,000,000 Mundial (no incluye EE.UU.)			<input type="checkbox"/> Opción 2 US\$2,000,000 Mundial (incluye EE.UU.)	
	<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
Deducible					
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
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 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					

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			
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 asegurados 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

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 del Grupo**. No se aceptarán pagos individuales de asegurados o dependientes.

SECCIÓN 4

A. Administración y Declaración (debe ser completada por el Administrador de Grupo o su representante autorizado)

Como Administrador de Grupo o su representante autorizado, 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 Administrador de Grupo 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.

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).

Notificaré Inmediatamente a Bupa Panamá, S.A. si alguna de las representaciones aquí expuestas cesan de ser verdaderas.

B. Administrador de Grupo o Representante Autorizado

Nombre	<input type="text"/>	Firma	<input type="text"/>
Título	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text" value="Día/Mes/Año"/>
Nombre del Agente	<input type="text"/>	Código	<input type="text"/>
Firma del Agente	<input type="text"/>	Fecha	<input type="text" value="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 • Fax: (507) 830 5212 • www.bupasalud.com/MiBupa