

# SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL



La Aseguradora se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si requiere información adicional.

Póliza nueva  Dependientes adicionales  Cambio opción de deducible

1302

Para uso de la Aseguradora  
Número de póliza

| 1. INFORMACIÓN PERSONAL  |                  |                             | Número de cliente           |
|--|------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| POR FAVOR PROPORCIONE COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA EL SOLICITANTE Y CADA UNO DE SUS DEPENDIENTES |                  |                             |                             |
| Nombre del Solicitante y sus Dependientes<br>(Nombres y Apellidos)   |                  | Relación con el Solicitante | Estado civil <sup>(1)</sup> |
| Primer nombre  | Segundo nombre   | Otros nombres               | Solicitante                 |
| Primer apellido  | Segundo apellido | Apellido de casada          |                             |
| DPI o Pasaporte #  |                  |                             | Fecha de nacimiento         |
| NIT  |                  |                             | Lugar de nacimiento         |
| Primer nombre  | Segundo nombre   | Otros nombres               | M <input type="checkbox"/>  |
| Primer apellido  | Segundo apellido | Apellido de casada          |                             |
| DPI o Pasaporte #  |                  |                             | F <input type="checkbox"/>  |
|  |                  |                             | lbs kg pies m               |
| Primer nombre  | Segundo nombre   | Otros nombres               | M <input type="checkbox"/>  |
| Primer apellido  | Segundo apellido | Apellido de casada          |                             |
| DPI o Pasaporte #  |                  |                             | F <input type="checkbox"/>  |
|  |                  |                             | lbs kg pies m               |
| Primer nombre  | Segundo nombre   | Otros nombres               | M <input type="checkbox"/>  |
| Primer apellido  | Segundo apellido |                             |                             |
| DPI o Pasaporte #  |                  |                             | F <input type="checkbox"/>  |
|  |                  |                             | lbs kg pies m               |
| Primer nombre  | Segundo nombre   | Otros nombres               | M <input type="checkbox"/>  |
| Primer apellido  | Segundo apellido |                             |                             |
| DPI o Pasaporte #  |                  |                             | F <input type="checkbox"/>  |
|  |                  |                             | lbs kg pies m               |
| Primer nombre  | Segundo nombre   | Otros nombres               | M <input type="checkbox"/>  |
| Primer apellido  | Segundo apellido |                             |                             |
| DPI o Pasaporte #  |                  |                             | F <input type="checkbox"/>  |
|  |                  |                             | lbs kg pies m               |

Si se incluye hijos entre los **19 y 24 años de edad**, ¿es alguno estudiante universitario a tiempo completo?  Sí  No  
Si respondió "Sí", por favor indique el nombre de la universidad y proporcione copia de la certificación de estudios de la universidad como evidencia de que son estudiantes de tiempo completo.

Si se solicita cobertura para un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿Nació como resultado de algún tratamiento de fertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada (maternidad a través de una madre de alquiler, donde una mujer acepta, por acuerdo, quedar embarazada con el objetivo de engendrar y dar a luz un niño (o niños) que posteriormente será(n) reconocido(s) como hijo(s) propio(s) de una pareja o de una persona soltera)?  Sí  No

Si necesita más espacio para ampliar información, por favor use una hoja adicional firmada y fechada, indicando a qué punto se refiere y marque aquí para confirmar.

<sup>(1)</sup> **S** – soltero(a) **M** – casado(a)

**Nota:** Todo Solicitante **de 65 años o más** debe presentar una Declaración Médica.

| 2. PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA   |  |
|--|--|
| Producto   | Suma asegurada   |
| Deducible  | Fecha efectiva solicitada para cobertura                             |
| Cobertura adicional: Si no se selecciona ninguna cobertura adicional, ninguna será aplicada. |  |
| <input type="checkbox"/> Complicaciones perinatales y del embarazo <sup>(2)</sup>            | <input type="checkbox"/> Procedimientos de trasplante <sup>(3)</sup> |
| <input type="checkbox"/> Otra  | Fecha efectiva solicitada para la cobertura adicional                |

<sup>(2)</sup> Complete el Cuestionario de Maternidad <sup>(3)</sup> Complete la Solicitud de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante

### 3. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

(3.1) ¿Tiene usted un seguro de salud con alguna otra compañía?  Sí  No

|                       |  |                     |  |
|-----------------------|--|---------------------|--|
| Nombre de la compañía |  | Teléfono            |  |
| Producto              |  | Valor del deducible |  |
|                       |  | No. de póliza       |  |

(3.2) ¿Tiene la intención de mantener su seguro de salud con la otra compañía?  Sí  No

(3.3) Si este seguro reemplazará a otro existente, incluya copia del certificado de cobertura y recibo de su último pago.

(3.4) ¿Ha sido alguna solicitud de seguro de salud o de vida rechazada, aceptada, sujeta a restricciones o a una extraprima para el Solicitante o cualquiera de sus Dependientes?  Sí  No Si respondió "Sí", favor explicar:

### 4. INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE

(4.1) Datos generales

|              |  |  |  |
|--------------|--|--|--|
| Nacionalidad |  | Actividad económica o profesión u oficio |  |
|--------------|--|--|--|

(4.2) Información PEP (Quien desempeñe o haya desempeñado un cargo público en Guatemala u otro país, un cargo prominente en un Organismo internacional, dirigentes de partidos políticos nacionales o de otro país).

¿El solicitante es una Persona Expuesta Políticamente (PEP)?  Sí  No ¿Tiene parentesco con un PEP?  Sí  No

¿Es asociado cercano de un PEP?  Sí  No

(4.3) Dirección residencial

|   |           |              |  |
|---|-----------|--------------|--|
| Residencia                                |           |              |  |
| Código postal                             | Municipio | Departamento |  |
| Otra dirección (diferente de la anterior) |           |              |  |
| Código postal                             | Municipio | Departamento |  |

(4.4) ¿Viven todos los Dependientes del Solicitante en la misma dirección indicada arriba?  Sí  No Si responde "No", complete:

|        |  |           |  |
|--------|--|-----------|--|
| Nombre |  | Dirección |  |
| Nombre |  | Dirección |  |

(4.5) Estatus de residencia/ciudadanía

¿Es usted ciudadano(a) o residente permanente de los Estados Unidos de América?  Sí  No

Si respondió "Sí", ¿reside actualmente o ha residido en los EE.UU. por más de 6 meses en el período de un año?  Sí  No

(4.6) Teléfono, fax y correo electrónico (e-mail)

|            |  |                    |  |     |  |
|------------|--|--------------------|--|-----|--|
| Residencia |  | Trabajo            |  | Fax |  |
| Celular    |  | Correo electrónico |  |     |  |

### 5. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

| Nombre y Apellidos | % | Relación con el Solicitante |
|--------------------|---|-----------------------------|
|                    |   |                             |
|                    |   |                             |
|                    |   |                             |
|                    |   |                             |

### 6. INFORMACIÓN MÉDICA

(6.1) Médico(s) tratante

|                        |  |                   |  |
|------------------------|--|-------------------|--|
| Nombre del Solicitante |  | Nombre del Médico |  |
| Especialidad           |  | Teléfono          |  |
| Nombre del Dependiente |  | Nombre del Médico |  |
| Especialidad           |  | Teléfono          |  |
| Nombre del Dependiente |  | Nombre del Médico |  |
| Especialidad           |  | Teléfono          |  |

## 6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

|                        |  |                   |  |
|------------------------|--|-------------------|--|
| Nombre del Dependiente |  | Nombre del Médico |  |
| Especialidad           |  | Teléfono          |  |

### (6.2) Exámenes médicos

¿Han tenido el solicitante y/o dependientes un examen pediátrico, ginecológico o de rutina en los últimos 5 años?  Sí  No Si respondió "Sí" explique:

|                           |  |                |  |       |             |
|---------------------------|--|----------------|--|-------|-------------|
| Solicitante o Dependiente |  | Tipo de examen |  | Fecha | Día/Mes/Año |
| Resultado                 | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si es anormal, favor explicar |                |  |       |             |
| Solicitante o Dependiente |  | Tipo de examen |  | Fecha | Día/Mes/Año |
| Resultado                 | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si es anormal, favor explicar |                |  |       |             |
| Solicitante o Dependiente |  | Tipo de examen |  | Fecha | Día/Mes/Año |
| Resultado                 | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si es anormal, favor explicar |                |  |       |             |

Si necesita más espacio para ampliar información, por favor use una hoja adicional firmada y fechada, indicando a qué punto se refiere y marque aquí para confirmar.

### 6.3 Cuestionario médico

Esta sección debe ser completada con la información médica de **todos los integrantes de la póliza**, considerando todos los antecedentes actuales y pasados. Por favor asegúrese de declarar todo acerca de cualquier condición y síntomas conocidos o sospechosos, incluso si el asesoramiento profesional aún no se ha solicitado. Las condiciones médicas referidas son ejemplos de enfermedades o condiciones agrupadas de acuerdo al aparato o sistema, pero no limitan o excluyen otras relacionadas. Si ya es asegurado de Bupa Global y desea cambiar su plan, usted también debe incluir detalles sobre las condiciones de salud. Esta información se enviará a nuestro equipo de suscripción que evaluará los términos de su plan.

#### SECCIÓN 1

Contestación afirmativa en cualquier de las siguientes deberá pasar a la siguiente sección.

|   |   |   |          |
|---|---|---|----------|
| 1   | ¿Padece o ha padecido enfermedad o accidente en los últimos 5 años?<br>Responda si, si tiene una enfermedad, incluso si no ha sido hospitalizado o ingresado  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |          |
|   | Nombre del(los) solicitante(s)  |   |          |
| 2   | ¿Está o ha estado ingresado, o intervenido en algún centro hospitalario?<br>Responda si, si ha sido admitido u operado en algún hospital o centro medico por algún motivo.  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |          |
|   | Nombre del(los) solicitante(s)  |   |          |
| 3   | ¿Se encuentra actualmente bajo algún tratamiento prescrito por un médico?<br>Responda si, si toma algún medicamento recetado por un médico.   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |          |
|   | Nombre del(los) solicitante(s)  |   |          |
| 4   | ¿Tiene algún síntoma o dolor persistente o reiterado, no diagnosticado?<br>Responda si, si recientemente ha tenido algún síntoma o dolor que no ha sido estudiado o diagnosticado.  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |          |
|   | Nombre del(los) solicitante(s)  |   |          |
| 5   | ¿Está embarazada o ha estado embarazada alguna vez?<br>Si respondió "Sí", ¿Tiene o ha tenido usted alguna complicación relacionada a su(s) embarazo(s) (aborto/embarazos ectópico/eclamsia/preeclamsia)? Si su respuesta es afirmativa, complete la sección de información adicional. | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |          |
|   | Nombre del(los) solicitante(s)  |   |          |
| Hábitos: El solicitante y/o dependiente(s) fuma cigarrillos o consume productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Si respondió "sí", explique quien, tipo, cantidad/día. |   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |          |
|   | Nombre del(los) solicitante(s)  | Tipo  | Cantidad |

#### SECCIÓN 2

|   |  |   |
|---|--|---|
| 1 | Enfermedades de Corazón o sistema circulatorio (por ejemplo, hipertensión arterial, angina/ dolor de pecho, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, latidos cardíacos anormales, aneurismas, varices, entre otros). | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|   | Nombre del(los) solicitante(s)   |   |
| 2 | Trastornos en Sistema Endocrino (por ejemplo, diabetes tipo 1 o tipo 2 o problemas de tiroides, entre otros).  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|   | Nombre del(los) solicitante(s)   |   |
| 3 | Trastornos en Sistema Respiratorio (por ejemplo, asma, EPOC, infecciones respiratorias, neumonía o bronquitis, entre otros).   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|   | Nombre del(los) solicitante(s)   |   |

## 6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

|    |   |   |
|----|---|---|
| 4  | Trastornos Digestivos-esófago, estómago, intestinos, páncreas, hígado o vesícula biliar (por ejemplo, gastritis, úlcera gástrica, hemorroides, pancreatitis, hepatitis aguda, cirrosis, cálculos en vesícula, cólicos biliares o hernias, entre otros). | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|    | Nombre del(los) solicitante(s)  |   |
| 5  | Desórdenes de la piel, como: eccema, dermatitis, erupciones cutáneas, psoriasis, acné, quistes, lunares o condiciones alérgicas, entre otros.   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|    | Nombre del(los) solicitante(s)  |   |
| 6  | Sistema Neurológico (por ejemplo: Esclerosis Múltiple, ictus, epilepsia, migrañas, neuritis, hemi o paraplejia, entre otros).   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|    | Nombre del(los) solicitante(s)  |   |
| 7  | Sistema Músculo esquelético (por ejemplo, artritis, dolor de espalda, desordenes de columna vertebral, alteraciones en articulaciones operadas o no, fracturas, cirugías, entre otros).   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|    | Nombre del(los) solicitante(s)  |   |
| 8  | Urología/ Sistema Genitourinario masculino (por ejemplo, enfermedades de vejiga, riñón o próstata, infecciones urinarias, cólicos por litiasis reno-ureteral, incontinencia, entre otros).  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|    | Nombre del(los) solicitante(s)  |   |
| 9  | Urología/Ginecología (enfermedades del aparato urinario y ginecológico por ejemplo infecciones urinarias, cólicos por litiasis reno-ureteral, incontinencia, quistes de ovarios, fibromas, entre otros).  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|    | Nombre del(los) solicitante(s)  |   |
| 10 | Hematología e inmunología- Enfermedades de la sangre o inmunológicas (por ejemplo Lupus, anemias y autoinmunes, entre otros).   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|    | Nombre del(los) solicitante(s)  |   |
| 11 | Enfermedades de ojos, nariz, oídos, o garganta (por ejemplo, catarata, glaucoma, queratitis, sinusitis, entre otros).   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|    | Nombre del(los) solicitante(s)  |   |
| 12 | Psiquiatría y Psicología (por ejemplo: esquizofrenia, trastornos de alimentación, trastorno bipolar, autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|    | Nombre de la(s) solicitante(s)  |   |
| 13 | Cáncer y enfermedades linfoproliferativas- Cáncer de cualquier localización incluyendo leucemias y linfomas, condiciones precancerosas, como: lesiones cervicales, queratosis actínica, entre otros.  | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|    | Nombre de la(s) solicitante(s)  |   |
| 14 | Enfermedades Congénitas- Desórdenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo por ejemplo síndrome de Down, malformaciones cardiovasculares, neurológicas, entre otros.   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|    | Nombre del(los) solicitante(s)  |   |
| 15 | Enfermedades infecciosas relevantes y/o de transmisión sexual como: Hepatitis Crónica, Tuberculosis, VIH/ Sida, Malaria, entre otros.   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|    | Nombre del(los) solicitante(s)  |   |
| 16 | ¿Alguna otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía/ hospitalización pendiente no mencionada arriba?   | Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
|    | Nombre del(los) solicitante(s)  |   |

### (6.4) Explicación de condiciones médicas

|       |                           |                          |
|-------|---------------------------|--------------------------|
| Letra | Solicitante o Dependiente | Condición                |
| Desde | Hasta                     | Tratamiento y resultados |
| Letra | Solicitante o Dependiente | Condición                |
| Desde | Hasta                     | Tratamiento y resultados |
| Letra | Solicitante o Dependiente | Condición                |
| Desde | Hasta                     | Tratamiento y resultados |

Si necesita más espacio para ampliar información, por favor use una hoja adicional firmada y fechada, indicando a qué punto se refiere y marque aquí para confirmar.

## 6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

### (6.5) Medicamentos

¿Se le ha recomendado al Solicitante o a alguno de los Dependientes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente?

Sí  No Si respondió "Sí", explique:

|                           |  |                        |             |             |  |
|---------------------------|--|------------------------|-------------|-------------|--|
| Solicitante o Dependiente |  | Nombre del medicamento |             | Cantidad    |  |
| Razón                     |  | Frecuencia             | Desde       | Hasta       |  |
|                           |  |                        | Día/Mes/Año | Día/Mes/Año |  |
| Solicitante o Dependiente |  | Nombre del medicamento |             | Cantidad    |  |
| Razón                     |  | Frecuencia             | Desde       | Hasta       |  |
|                           |  |                        | Día/Mes/Año | Día/Mes/Año |  |
| Solicitante o Dependiente |  | Nombre del medicamento |             | Cantidad    |  |
| Razón                     |  | Frecuencia             | Desde       | Hasta       |  |
|                           |  |                        | Día/Mes/Año | Día/Mes/Año |  |
| Solicitante o Dependiente |  | Nombre del medicamento |             | Cantidad    |  |
| Razón                     |  | Frecuencia             | Desde       | Hasta       |  |
|                           |  |                        | Día/Mes/Año | Día/Mes/Año |  |

### (6.6) Hábitos

¿El Solicitante y/o alguno de los Dependientes ha fumado cigarrillos o consumido productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales?

Sí  No Si respondió "Sí", explique.

| Solicitante y/o Dependientes | Tipo | ¿Cuánto tiempo? | Cantidad/día |
|------------------------------|------|-----------------|--------------|
|                              |      |                 |              |
|                              |      |                 |              |
|                              |      |                 |              |

### (6.7) Historial familiar

¿Tienen el Solicitante y/o Dependientes historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario?

Sí  No Si respondió "Sí", explique.

| Solicitante y/o Dependientes | Familiar con el desorden |                          |                          |                          | Desorden |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
|                              | Padre                    | Madre                    | Hermano                  | Hijo                     |          |
|                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
|                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
|                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |
|                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |          |

Si necesita más espacio para ampliar información, por favor use una hoja adicional firmada y fechada, indicando a qué punto se refiere y marque aquí para confirmar.

## 7. DESIGNACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

En mi condición de asegurado titular designo a la persona cuyos datos se presentan a continuación, para que pueda contactar a la aseguradora en caso de encontrarme impedido por cualquier causa, con el fin de recibir información concerniente a mi persona y/o cualquier asegurado de esta póliza y los procesos relacionados con esta. (No designar a un miembro de la póliza)

|   |                 |                  |                    |
|---|-----------------|------------------|--------------------|
| Nombres   | Primer nombre   | Segundo nombre   | Otros nombres      |
| Apellidos   | Primer apellido | Segundo apellido | Apellido de casada |
| <input type="checkbox"/> DPI o <input type="checkbox"/> Pasaporte # |                 |                  |                    |

## 8. SUSCRIPCIÓN COMO CLIENTE VIRTUAL

Por este medio me suscribo como cliente virtual de Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. Como cliente virtual, recibiré toda la correspondencia y documentos relacionados con mi seguro ingresando a los Servicios en Línea de Bupa en [www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com).

## 9. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIONES

Certifico que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en esta solicitud y que, a mi mejor entendimiento están completas y son verdaderas. Entiendo que cualquier omisión o declaración incompleta e incorrecta puede causar que esta solicitud de seguro sea denegada, que los reclamos sean denegados, y/o que la póliza sea rescindida o cancelada. Si cualquiera de los asegurados requiere cuidado o tratamiento médico después de que la solicitud de seguro ha sido firmada, pero antes de la fecha efectiva de la póliza, deberá proporcionar detalles completos a la aseguradora para la aprobación final antes de que la cobertura se haga efectiva. En caso de que la póliza fuese aprobada durante este periodo, la aseguradora se reserva el derecho de modificar las condiciones de aprobación de la póliza y/o la fecha efectiva de la misma. Estoy de acuerdo en aceptar la póliza bajo los términos y condiciones con que sea emitida. De no ser así, notificaré mi desacuerdo por escrito a la Aseguradora durante los quince (15) días siguientes al recibo de la póliza de seguro.

**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.

### PROTECCION DE DATOS PERSONALES

BUPA Guatemala, Compañía de Seguros S.A. hace de su conocimiento que hará tratamiento de todos los datos personales que sean proporcionados en este documento o como adjunto al mismo, para los fines indicados en su aviso de privacidad correspondiente al producto al que se refiere esta solicitud. Dicho aviso de privacidad aparece publicado en el sitio: [www.bupasalud.com.gt](http://www.bupasalud.com.gt).

Salvo que el Asegurado Titular/Principal y/o el Contratante de la póliza dispongan lo contrario, el tratamiento de datos personales del Asegurado Titular y/o del Contratante, y (en su caso) también los de sus respectivos Dependientes, incluye a aquellos datos de salud o médicos que aparezcan en expedientes clínicos a los que la BUPA Guatemala, Compañía de Seguros S.A. pueda tener acceso y recabemos, contando con la debida autorización previa que pueda ser requerida por la ley aplicable. Dicho tratamiento de datos personales tiene como finalidades aquellas que aparecen detalladas en nuestro aviso de privacidad referido en el párrafo anterior. De manera muy general, dichas finalidades de tratamiento de datos personales comprenden, entre otras, a las siguientes: para el desarrollo de nuevos productos y servicios; para darle asesoría a los Asegurados y/o al Contratante; para la comercialización, promoción, contratación y/o colocación a los Asegurados y/o al Contratante, de todo tipo de productos de seguros y servicios conexos; para el cumplimiento y prestación de cualesquiera otras obligaciones que puedan derivar de cualquier relación jurídica y/o comercial entre BUPA Guatemala, Compañía de Seguros S.A. con el Asegurado Titular/Principal y/o con el Contratante de la póliza; para el análisis de nuestros productos y servicios; para el cumplimiento de nuestros términos y condiciones correspondientes a la póliza de seguro; y para la prestación de todos y cualesquiera de nuestros servicios a los Asegurados.

Los datos que BUPA Guatemala, Compañía de Seguros S.A. recaba por este medio y todos los que recabe a partir de la emisión de la póliza de seguro solicitada por este documento, así como también lo que recabe en relación con la prestación de servicios que sean brindados a los Asegurados bajo la póliza, serán objeto de tratamiento en cumplimiento con las leyes que, en cada caso, les puedan ser respectivamente aplicables. La confidencialidad y la seguridad de los datos personales que son recabados por BUPA Guatemala, Compañía de Seguros S.A. está garantizada y protegida para fines evitar su uso o divulgación indebida o no-autorizada.

El (Los) firmantes de este formulario de solicitud declara(n) haber leído y aceptado el aviso de privacidad de BUPA Guatemala, Compañía de Seguros S.A. correspondiente al producto/servicio que es solicitado por medio de este documento.

El (los) firmante(s) de este formulario de solicitud declara(n) que cuando menos uno (o más) de ellos es (son), con respecto a las personas que son nombradas/presentadas como Dependientes o Beneficiarios en este documento, son según corresponda: el (los) representante(s) o tutor(es) legal(es) de aquéllos, o bien que alternativamente han obtenido el consentimiento/autorización previa, válida, suficiente y explícita de sus Dependientes y/o Beneficiarios representados, a fin de utilizar la información personal de aquéllos para completar este formulario y seguidamente presentarlo a BUPA Guatemala, Compañía de Seguros S.A., incluyendo información personal de salud.

### AUTORIZACIÓN PARA RECAUDAR INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD

Por este medio autorizamos a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. (en adelante denominada "la Aseguradora") para solicitar mi información de salud protegida, así como la de mis dependientes, sin limitación, registros médicos y cualquier historial/registro de medicamentos por receta, registros o planes de tratamiento y cualquier otra información médica o farmacéutica para ser considerada en el proceso de evaluación de riesgo con respecto a la solicitud de cobertura para mi persona y mis dependientes. Autorizo por este medio a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia, o cualquier otro proveedor médico, plan de salud, contratante o administrador de plan de beneficios, y cualquier otra organización o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga acceso a registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud para revelar dicha información a la Aseguradora y sus intermediarios autorizados.

La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud. Entiendo que la Aseguradora se basará en dicha información para 1) evaluar el riesgo de esta solicitud de cobertura y tomar decisiones sobre la elegibilidad, clasificación de riesgo, emisión de la póliza y aceptación del solicitante y los dependientes, 2) administrar reclamaciones y determinar o cumplir la responsabilidad de cobertura y suministro de beneficios, 3) administrar la cobertura, y 4) llevar a cabo otras operaciones de seguro conforme a la ley pertinente.

Entiendo que la capacidad de la Aseguradora para evaluar la cobertura depende de recibir toda la información de salud necesaria. Por lo tanto, el negarme a dar mi autorización (marcar "No" abajo) resultará en la denegación de mi solicitud para recibir cobertura.

Sí  No

### AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD

Por este medio autorizamos a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. (en adelante denominada "la Aseguradora") para usar y revelar al intermediario de seguro las condiciones de la póliza, la Carátula de la Póliza y otros documentos de seguro, información de pagos, reclamaciones y solicitudes de reembolso, y registros médicos que puedan contener información de salud protegida que les permitirá atender las preguntas y facilitar la interacción relacionada con la cobertura de seguro, pagos y reclamaciones.

Sí  No

Entendemos que:

- La Aseguradora usará cualquier información suministrada en esta solicitud y recibida por medio de la autorización antes de la fecha de vigencia de la cobertura para considerar la solicitud.
- Tenemos derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Una copia de la autorización será tan válida como el original.
- La autorización permanecerá vigente mientras la cobertura esté vigente, incluyendo las renovaciones automáticas.
- Esta autorización es voluntaria y la información revelada conforme a esta autorización podría quedar sujeta a volver a ser revelada por quienes la reciban.

Tenemos el derecho de revocar esta autorización previo aviso por escrito a la Aseguradora. La revocación implica que el intermediario de seguro ya no tendrá acceso a nuestra información de salud. Sin embargo, la revocación no cobrará vigencia hasta que la Aseguradora reciba y procese dicha revocación. Las revocaciones serán enviadas por correo postal a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros S. A. o por correo electrónico a: [ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com](mailto:ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com).

Hemos revisado y entendemos el contenido y propósito de este reconocimiento y autorizaciones. Con nuestra firma y respuestas afirmativas confirmamos que la autorización sobre las decisiones descritas anteriormente reflejan fielmente nuestros deseos. Nuestra firma abajo constituye la aceptación de todas las declaraciones realizadas arriba. Esta solicitud es válida por 90 días calendario a partir de la fecha en que ha sido firmada.

## 10. FIRMAS

|                                     |  |       |             |
|-------------------------------------|--|-------|-------------|
| Nombre del Solicitante              |  | Fecha | Día/Mes/Año |
| Firma                               |  | Lugar |             |
| Nombre del Cónyuge o Conviviente    |  | Fecha | Día/Mes/Año |
| Firma                               |  | Lugar |             |
| Nombre de Dependiente mayor de edad |  | Fecha | Día/Mes/Año |
| Firma                               |  | Lugar |             |
| Nombre de Dependiente mayor de edad |  | Fecha | Día/Mes/Año |
| Firma                               |  | Lugar |             |

Como Intermediario de Seguros, acepto completa responsabilidad por el envío de esta solicitud y de la prima cobrada, y por la entrega de la póliza cuando sea emitida.  
**Desconozco la existencia de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que pudiera afectar la asegurabilidad de los propuestos asegurados.**

|                                    |   |                                    |
|------------------------------------|---|------------------------------------|
| Nombre del Intermediario de Seguro | Firma del Intermediario de Seguro (testigo) | Código del Intermediario de Seguro |
|                                    |   |                                    |

## 11. INFORMACIÓN DE PAGO (el pago debe ser enviado junto con la solicitud)

|                                |                                |                                     |            |
|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|------------|
| Nombre del Asegurado Principal |                                |                                     |            |
| Modalidad de la póliza         | <input type="checkbox"/> Anual | <input type="checkbox"/> Semi-Anual | Prima Neta |
|                                |                                |                                     | US\$       |
|                                |                                |                                     | US\$       |
|                                |                                |                                     | US\$       |
|                                |                                |                                     | US\$       |
|                                |                                |                                     | US\$       |
|                                |                                |                                     | US\$       |

|  |   |                                 |  |
|--|---|---------------------------------|--|
| ¿El pagador de la prima es distinto al asegurado principal?                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, especifique |  |
| Nombre comercial de la entidad (Especifique los datos del representante legal) |   |                                 |  |
| Primer nombre  | Segundo nombre  | Otros nombres                   |  |
| Primer apellido  | Segundo apellido  | Nacionalidad                    |  |
| DPI o No. de Pasaporte   | NIT   |                                 |  |
| Actividad económica o profesión u oficio                                       | Fecha de nacimiento o constitución de la entidad        | Número de teléfono              |  |
| Dirección del solicitante  |   |                                 |  |
| Zona   | Municipio   | Departamento                    |  |
| Firma  | Fecha   |                                 |  |




|                      |     |
|----------------------|-----|
| Datos de facturación |     |
| Nombre               | NIT |
| Dirección            |     |

|   |
|---|
| Método de pago  |
| <input type="checkbox"/> Cheque de caja <input type="checkbox"/> Cheque personal <input type="checkbox"/> Giro bancario |
| <b>NO ENVIAR EFECTIVO.</b> El pago debe ser emitido a nombre de Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.               |

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> Transferencia bancaria <input type="checkbox"/> Débito electrónico de fondos (ACH)  |
| Información bancaria:  |
| Citibank, N.A.<br>111 Wall Street<br>New York, NY 10043<br>Número de cuenta: 36073519<br>ABA # 021000089<br>SWIFT # CITIUS33   |
| CHIPS # 008<br>Telex & Routing Code: NYCRB<br>Banco Beneficiario: CITIBANK, N.A. - Sucursal Guatemala<br>Para crédito final a: Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A.<br>Número de cuenta: 0-700501019 |

## 11. INFORMACIÓN DE PAGO (CONTINUACIÓN)

Tarjeta de crédito Por favor proporcione la siguiente información:

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| Yo,   | autorizo a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.   |  |   |
| a debitar mi tarjeta de crédito y/o débito:                       | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| Número de tarjeta de crédito                                      | Fecha de expiración  |  | Mes/Año   |
| Cantidad a debitar: US\$  | Cuotas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  | Cantidad de cuotas   |   |
| Dirección del Tarjetahabiente (donde recibe el estado de cuenta): |  | <input type="checkbox"/> 3   | <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12                          |
| Teléfono del Tarjetahabiente                                      |  | Firma del Tarjetahabiente  |   |

Débito automático para renovaciones futuras:  Sí  No

Con mi firma en este documento autorizo a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. a debitar directamente la tarjeta de crédito y/o débito y/o cuenta bancaria indicada arriba para pagar las primas del seguro de mi póliza de seguro de salud Bupa.  
Entiendo que si hay cualquier cambio a mi póliza de seguro de salud Bupa, la cantidad de la prima aprobada también puede cambiar. También entiendo que una copia fiel y correcta de este documento será enviada a mi institución bancaria o compañía de tarjeta de crédito. Al firmar este documento, solicito e instruyo a la institución correspondiente que permita a la Aseguradora debitar de mi tarjeta de crédito y/o débito y/o de mi cuenta bancaria directamente y pagar la prima del seguro de salud, a menos que yo indique lo contrario por escrito.  
En el caso que un débito directo para pagar mi póliza de seguro de salud sea por cualquier razón rechazado o denegado, acepto que tengo la responsabilidad personal de pagar inmediatamente las primas de mi póliza de seguro de salud, o la póliza podrá ser rescindida o cancelada.  
Al firmar, autorizo las deducciones automáticas para las futuras renovaciones.

| Firma del Asegurado Principal                | Lugar | Fecha       |
|--|-------|-------------|
|  |       | Día/Mes/Año |
| Firma del Tarjetahabiente y/o Cuentahabiente | Lugar | Fecha       |
|  |       | Día/Mes/Año |

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número 1707-2021 del 10 de diciembre, 2021 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

Europalaza World Business Center

Torre III, Nivel 11, Oficina 1103

Ciudad de Guatemala

PBX: 2300-8000

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

[ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com](mailto:ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com)