BUPA CORPORATE CARE
SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD DE GRUPO

Por favor llene esta solicitud y entréguela a Bupa Dominicana, 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 asegurados)

☐ 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	☐ Opción 1 US$1,000,000 Mundial (incluye EE.UU.)	☐ Opción 2 US$3,000,000 Mundial (incluye EE.UU.)	☐ Opción experiencia

Deducible	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐ Experiencia
Deducible Mundial	US$0	US$500	US$2,000	US$5,000	US$10,000	US$20,000	
Deducible en Estados Unidos	US$1,000	US$2,000	US$5,000	US5,000	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)					
Dirección del Negocio					
Ciudad		Estado		País	
Número de teléfono		Sitio Web			
E-mail					
Dirección postal (si es diferente a la anterior)					
Ciudad		Estado		País	
Nombre del Administrador de Grupo					
Número de teléfono		E-mail			

¿Quién debe recibir los documentos de membresía para los asegurados? ☐ Administrador de Grupo ☐ 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

Please select any riders for additional coverage requested: ☐ Cuidado Dental ☐ Cuidado de la Vista ☐ Medicamentos por Receta

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)					
Dirección del Negocio					
Ciudad		Estado		País	
Número de teléfono		Sitio Web			
E-mail					
Dirección postal (si es diferente a la anterior)					
Ciudad		Estado		País	

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

SECCIÓN 4

A. Adminsitración 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 emplea a _____ asegurados o empleados de tiempo completo (30 horas o más por semana) y que no se ha incluído 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 Insurance Company 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 proprocionada a Bupa Insurance Company 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 Gurpo a menos que esté por escrito, firmada y acreditada por un oficial de Bupa Insurance Company.

Estoy de acuerdo en proporcionar una notificación por escrito a Bupa Insurance Company 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 Employee Retirement Income Security Act (ERISA) de 1974 según enmendado, y no es requerido a ofrecer continuación de cobertura de acuerdo a las leyes federales “COBRA” de los EE.UU. Inmediatamente notificaré a Bupa Insurance Company si alguna de las representaciones aquí expuestas cesan de ser verdaderas.

B. Administrador de Grupo o Representante Autorizado

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 Insurance Company someta aprobación por escrito. La cobertura del seguro será efectiva en la fecha especificada por Bupa Insurance Company, 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.