

BUPA CORPORATE CARE

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD DE GRUPO



Por favor llene esta solicitud y entréguela a Bupa 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 para Seguro de Salud de Grupo, completado por cada asegurado (sólo para Grupo Colectivo)
- Una solicitud para Suplemento Médico completada por cada asegurado (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 asegurados:

- Grupo Colectivo (para grupos de 10-69 asegurados)
- Grupo Experiencia (para grupos de 70 asegurados o más)

B. Opción y Plan

Por favor seleccione la cobertura y el deducible que se aplicará para cada asegurado:

Máxima cobertura anual	<input type="checkbox"/> Opción 1 US\$1,000,000	<input type="checkbox"/> Opción 2 US\$2,000,000		
Área de cobertura	Mundial (no incluye EE.UU.)	Mundial (incluye EE.UU.)		
	<input type="checkbox"/> Plan 1	<input type="checkbox"/> Plan 2	<input type="checkbox"/> Plan 3	<input type="checkbox"/> Plan 4
Deducible Mundial	US\$0	US\$500	US\$2,000	US\$10,000
Deducible en Estados Unidos	US\$1,000	US\$2,000	US\$5,000	US\$10,000

Por favor seleccione cualquier anexo de cobertura adicional solicitado: Cuidado Dental Cuidado de la Vista

SECCIÓN 2

A. Información del Administrador de Grupo

Nombre de la compañía/organización (aparecerá en las facturas y en los documentos)			
Tipo de negocio (clasificación estándar por industria)			
Dirección del negocio			
Ciudad	Estado	País	
Número de teléfono	Número de fax		
E-mail	Sitio Web		
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? <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	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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Please select any riders for additional coverage requested: <input type="checkbox"/> Cuidado Dental <input type="checkbox"/> Cuidado de la Vista <input type="checkbox"/> Medicamentos por Receta

C. Elegibilidad

Número de asegurados que se inscriben ahora		Número de dependientes que se inscriben ahora	
Fecha efectiva solicitada para la cobertura	DD / MM / AA	¿Cuántos Formularios de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo 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):			
Nombre de la compañía/organización (aparecerá en las facturas y en los documentos)			
Tipo de negocio (clasificación estándar por industria)			
Dirección del negocio			
Ciudad		Estado	País
Número de teléfono		Número de fax	
E-mail		Sitio Web	
Dirección postal (si es diferente a la anterior)			
Ciudad		Estado	País

SECCIÓN 3

A. Opciones del 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 de 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 emplea a asegurados o 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 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 proporcionada 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 Grupo 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		Título	
Firma		Fecha	DD / MM / AA
Nombre del Agente		Código	
Firma del Agente		Fecha	DD / MM / AA

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.