

BUPA CORPORATE CARE SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD DE GRUPO PARA EL EMPLEADOR

Código: 201-934767-2014 02 020 3001

APS/DS/N°032/2021



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 Empleado para Seguro de Salud de Grupo, 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 indique el producto y el deducible que se aplicará para cada empleado:

| | <input type="checkbox"/> Opción 1 | <input type="checkbox"/> Opción 2 | | |
|------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Máxima cobertura anual | US\$100,000 | US\$500,000 | | |
| Área de cobertura | Mundial (no incluye EE.UU.) | Mundial (incluye EE.UU.) | | |
| Deducible: | <input type="checkbox"/> Plan 1 | <input type="checkbox"/> Plan 2 | <input type="checkbox"/> Plan 3 | <input type="checkbox"/> Plan 4 |
| Mundial | US\$0 | US\$500 | US\$2,000 | US\$10,000 |
| En los Estados Unidos | US\$1,000 | US\$2,000 | US\$5,000 | US\$10,000 |

SECCIÓN 2

A. Información del Empleador

| | | | |
|---|---------------|------|--|
| Nombre de la compañía (tal como aparecerá en las facturas y documentos) | | | |
| Tipo de negocio (clasificación estándar por industria) | | | |
| Dirección del negocio | | | |
| Ciudad | Estado | Pais | |
| Número de teléfono | Número de fax | | |
| E-mail | Sitio Web | | |
| Dirección postal (si es diferente a la anterior) | | | |
| Ciudad | Estado | Pais | |
| Nombre del Administrador de Grupo | | | |
| Número de teléfono | E-mail | | |
| ¿Quién debe recibir los documentos de membresía para los empleados? <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 es aprobada, continuará en efecto el plan de cobertura actual? Sí No

| C. Elegibilidad | | | | |
|---|--------------|---|--|------|
| Número de empleados 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 Empleado 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 (tal como aparecerá en las facturas y 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 **Empleador**. No se aceptarán pagos individuales de empleados o dependientes.

SECCIÓN 4

A. Administración y Declaración (debe ser completada por el Representante Autorizado por el Empleador)

Como representante autorizado por el Empleador, certifico por este medio que el negocio que represento emplea a individuos 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 (Bolivia) 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 Insurance (Bolivia) 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 Empleador, será requerida al Empleador a menos que esté por escrito, firmada y acreditada por un oficial de Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

La reticencia o inexactitud en las declaraciones del asegurado sobre los hechos y circunstancias que conocidos por el asegurador, le hubieran inducido no aceptar el contrato o a estipular condiciones distintas, hacen anulable el contrato de seguro. La reticencia o la inexactitud en las declaraciones del asegurado, sin dolo de su parte, dan derecho al asegurador a demandar la anulación del contrato dentro de los treinta días de conocidos tales hechos por él, debiendo restituir, en este caso, las primas del período no corrido. Pasado este plazo, no puede impugnar el contrato por las causas señaladas. Si se subsanan los errores u omisiones puede optar por reajustar las primas de acuerdo al verdadero estado del riesgo. Las declaraciones falsas o reticentes hechas con dolo o mala fe hacen nulo el contrato de seguro. En este caso el asegurado no tendrá derecho a la devolución de las primas pagadas.

Estoy de acuerdo en proporcionar una notificación por escrito a Bupa Insurance (Bolivia) S.A. sobre cualquier empleado nuevo en la empresa, o de un empleado 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, me comprometo a notificar a Bupa Insurance (Bolivia) S.A. si alguna de las representaciones aquí expuestas cesan de ser verdaderas.

B. Representante Autorizado por el Empleador

| | | | |
|-------------------|--|--------|--------------|
| Nombre | | Firma | |
| Título | | 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 (Bolivia) S.A. someta aprobación por escrito. La cobertura del seguro será efectiva en la fecha especificada por Bupa Insurance (Bolivia) 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.

Bupa Insurance (Bolivia) S.A.

Av. Beni, Calle Guapomo No. 2005 • Edificio Spazio, Oficina 201-203 • Santa Cruz, Bolivia
Tel. (591-3) 342 4264 • www.bupalud.com/MiBupa