

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

Código: 201-934767-2014 02 020 3001



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	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 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.bupasalud.com • bolivia@bupa.com.bo