



GLOBAL HEALTH PLANS

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

CÓMO USAR ESTE FORMULARIO

Para ayudarle a completar fácilmente este formulario, lo hemos dividido en secciones claramente enumeradas. Con el fin de evitar reescribir un mismo nombre, estos íconos **AT** **1** **2** **3** **4** representarán a la persona que usted describe en este formulario.

Cuando usted vea **AT** necesita proporcionar la información del Asegurado Titular y/o Contratante, y los números del **1** al **4** se refieren a los dependientes que se incluirán en la póliza.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRAS MAYÚSCULAS, CON TINTA NEGRA Y LETRA CLARA.

Una vez completado, puede escanear y enviar su formulario a: ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com; sin embargo, recuerde que el original firmado y su documentación de identificación deben ser recibidos en nuestras oficinas ubicadas en 5ª Avenida 5-55, Zona 14, Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103, Ciudad de Guatemala, para que su póliza pueda ser emitida.

Por favor asegúrese de proporcionarnos la información completa y precisa en este formulario de solicitud para cada uno de los integrantes.

Todas las secciones deben ser completadas por el Asegurado Titular y/o Contratante de la póliza.

Es importante que una vez complete este formulario y antes de firmarlo, lo lea y se asegure que la información esté correcta y completa. El proceso de evaluación y emisión podrá iniciarse sólo si la solicitud ha sido llenada completamente y no contiene tachaduras ni enmendaduras y su documentación ha sido recibida.

Esperamos poder darle la bienvenida como cliente de Bupa Global. Bupa o Bupa Global se refiere a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

PARA NUEVOS ASEGURADOS

Por favor complete de la sección 2 a la 11 y la sección 14.

Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 12.

El intermediario de seguros debe llenar y firmar la sección 13.

PARA ASEGURADOS ACTUALES

Existen cambios que usted puede realizar a su plan completando este formulario. Asegúrese de leer, firmar y escribir la fecha del Consentimiento en la sección 12.

Para cambiar sus datos de contacto:

Usted debe notificarnos de cualquier cambio en su información de contacto para que podamos asegurar que reciba correspondencia importante.

- Complete las secciones 1 a la 4, si corresponden.
- Complete la sección 10, si corresponde.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 12.

Para agregar un nuevo integrante a su plan:

- Complete la sección 1 y de la 6 a la 8.
- Complete las secciones 10 y 11, si corresponden.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 12.

Para cambiar de cobertura (sólo dentro de la gama Global Health Plans):

- Complete la sección 1 y de la 7 a la 9.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 12.

Para hacer cambios a su forma de pago:

- Complete las secciones 1 y 14.
- Lea, firme y escriba la fecha del Consentimiento en la sección 12.

Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si requiere información adicional. Esta solicitud no es válida si tiene tachaduras, enmendaduras, corrector o espacios en blanco.

GLOBAL HEALTH PLANS

SOLICITUD DE SEGURO DE GASTOS

MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

1302

Esta solicitud debe ser completada por nuevos asegurados o asegurados existentes de Bupa Global.

PÓLIZA NUEVA <input type="checkbox"/>	DEPENDIENTE ADICIONAL <input type="checkbox"/>	CAMBIO <input type="checkbox"/>
Fecha solicitada de cobertura	DD/MM/AAAA	

1 DETALLES DE PÓLIZA EXISTENTE

AT

Número de póliza	Número de cliente (sólo para uso de la compañía)
------------------	---

2 INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

Estado civil*	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso	Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura	Mts.
Nombres	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	OTROS NOMBRES				
Apellidos	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA				
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA	Nacionalidad					
Lugar de nacimiento							
Ocupación o profesión						NIT	
Documento de identificación #						DPI <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a).

Persona Expuesta Políticamente (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 PEP?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parentesco con una PEP?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Es asociado cercano de una PEP?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

DATOS DE CONTACTO DEL ASEGURADO TITULAR

Dirección							
Zona				Municipio			
Departamento				Ciudad			
Código postal	País				Años en el domicilio		
Tel. residencia				Tel. móvil			
Correo electrónico							
Status de residencia y ciudadanía: ¿Es usted ciudadano(a) o residente permanente de los EE.UU.? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
Si respondió "Sí", ¿reside actualmente o ha residido en los EE.UU. por más de 6 meses en el período de un año? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
¿Viven todos los dependientes en la misma dirección indicada arriba? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si respondió "No", explique:							

3 INFORMACIÓN DEL PAGADOR (PERSONA FÍSICA)

Completar si es diferente del Asegurado Titular	Estado civil*	Masculino	Femenino		
Nombres	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	OTROS NOMBRES		
Apellidos	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA		
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA	Nacionalidad			
Lugar de nacimiento					
Ocupación o profesión				NIT	
Documento de identificación #				DPI <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a).

Persona Expuesta Políticamente (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 PEP?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Tiene parentesco con una PEP?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
¿Es asociado cercano de una PEP?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

DATOS DE CONTACTO DEL CONTRATANTE O PAGADOR (PERSONA FÍSICA)					
Completar si es diferente del Asegurado Titular					
Dirección					
Zona			Municipio		
Departamento			Ciudad		
Código postal		País		Años en el domicilio	
Tel. residencia			Tel. móvil		
Correo electrónico					

4 INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE O PAGADOR (PERSONA JURÍDICA)

Nombre					
Fecha de constitución		DD/MM/AAAA		Número de inscripción	
Nombre del representante legal					
Giro del negocio				NIT	
Dirección					
Municipio			Departamento		
País		Ciudad		Código postal	
Teléfono			Correo electrónico		

5 REDUCCIÓN MUNDIAL DEL CONSUMO DE PAPEL

En Bupa Global hacemos lo posible por proteger el medio ambiente. Por ello animamos a nuestros asegurados a elegir la vía digital. De esta forma el asegurado acepta recibir todos sus documentos y correspondencia enviada por nosotros a través de www.bupasalud.com. Por favor confirme que nos ha proporcionado una dirección de correo electrónico válida para poder contactarle. Esto quiere decir que usted y sus dependientes no recibirán copias impresas. En caso de necesitar documentos impresos, por favor marque el recuadro.

6 INTEGRANTES ADICIONALES EN LA PÓLIZA

Estado civil*	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso	Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura	Mts. 1
Nombres	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		OTROS NOMBRES		
Apellidos	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO DE CASADA		
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA		Nacionalidad				
Lugar de nacimiento							
Ocupación o profesión						NIT	
Documento de identificación #						DPI <input type="checkbox"/>	
						Pasaporte <input type="checkbox"/>	
* Estado civil: por favor indique S para soltero(a) o C para casado(a). Indique en Ocupación o profesión si el dependiente es estudiante.							
Si esta adición es de un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿Nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							

Estado civil*	Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso	Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura	Mts. 2
Nombres	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		OTROS NOMBRES		
Apellidos	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		APELLIDO DE CASADA		
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA		Nacionalidad				
Lugar de nacimiento							
Ocupación o profesión						NIT	
Documento de identificación #						DPI <input type="checkbox"/>	
						Pasaporte <input type="checkbox"/>	
* Estado civil: por favor indique S para soltero(a) o C para casado(a). Indique en Ocupación o profesión si el dependiente es estudiante.							
Si esta adición es de un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿Nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							

6 INTEGRANTES ADICIONALES EN LA PÓLIZA (CONTINUACIÓN)

Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso		Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura		Mts. 3	
Nombres	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			OTROS NOMBRES					
Apellidos	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO DE CASADA					
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA		Nacionalidad								
Lugar de nacimiento											
Ocupación o profesión								NIT			
Documento de identificación #								DPI <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>		

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a). Indique en Ocupación o profesión si el dependiente es estudiante.

Si esta adición es de un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿Nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí No

Estado civil*		Masculino <input type="checkbox"/>	Femenino <input type="checkbox"/>	Peso		Kg <input type="checkbox"/>	Lbs <input type="checkbox"/>	Estatura		Mts. 4	
Nombres	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE			OTROS NOMBRES					
Apellidos	PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO			APELLIDO DE CASADA					
Fecha de nacimiento	DD/MM/AAAA		Nacionalidad								
Lugar de nacimiento											
Ocupación o profesión								NIT			
Documento de identificación #								DPI <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>		

* Estado civil: por favor indique **S** para soltero(a) o **C** para casado(a). Indique en Ocupación o profesión si el dependiente es estudiante.

Si esta adición es de un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿Nació como resultado de algún tratamiento de infertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada? Sí No

Marque aquí si alguna de estas personas tiene una dirección diferente o desea agregar a más personas.

Nota: Todo solicitante de 65 años o más debe presentar un formulario de Declaración Médica y anexar el resultado de los estudios solicitados.

7 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.

1	Desórdenes de los ojos, oídos, nariz, garganta o padecimientos dentales, como: cataratas, glaucoma, retinopatía, deterioro visual, sordera, infecciones recurrentes del oído, amigdalitis, infecciones dentales, caries, problemas con las muelas del juicio o gingivitis, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
2	Desórdenes del corazón o del aparato circulatorio, como: hipertensión arterial, colesterol alto, angina de pecho, arritmia, evento vascular cerebral, aneurisma, venas varicosas o trombosis venosa, entre otras.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
3	Desórdenes endocrinos (glandulares) o del metabolismo, como: diabetes (tipo 1 o tipo 2), problemas de tiroides, obesidad o síndrome de Cushing, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
4	Desórdenes respiratorios o pulmonares, como: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, bronquitis, tuberculosos o alergias (incluyendo fiebre del heno y anafilaxia), entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	
5	Desórdenes del esófago, estómago, intestinos, hígado, páncreas o bazo, como: enfermedad por reflujo, gastritis, esofagitis, esófago de Barrett, enfermedades de la vesícula, úlceras, colon irritable, colitis ulcerativa crónica, enfermedad diverticular, hemorroides, pancreatitis, hepatitis, cirrosis, cálculos biliares o hernias, entre otros.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)	

7 CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

6	Desórdenes renales o del sistema urinario, como: cálculos renales, insuficiencia renal, infecciones urinarias recurrentes, incontinencia, entre otros.			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)			
7	Desórdenes musculares o esqueléticos, como: artritis, lumbalgia, padecimientos de la columna vertebral, padecimientos del cuello/hombro, fracturas, esguinces, osteoporosis, gota, padecimientos de las rodillas, del cartilago o ligamentos, entre otros.			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)			
8	Desórdenes de la sangre, trastornos infecciosos, trastornos inmunológicos, como: análisis de sangre anormales, anemia, hepatitis, VIH/SIDA, malaria, lupus eritematoso sistémico, púrpura trombocitopénica, talasemia, o cualquier trastorno autoinmune, entre otros.			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)			
9	Cáncer, tumores de cualquier tipo o condiciones precancerosas, como: pólipos, crecimientos, nódulos mamarios, quistes o lipomas, entre otros.			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)			
10	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)			
11	Desórdenes cerebrales o del sistema nervioso, como: demencia, migraña, dolores de cabeza frecuentes, parálisis, esclerosis múltiple, epilepsia/crisis convulsivas, neuralgias (incluyendo dolor ciático y el herpes zóster) o meningitis, entre otros.			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)			
12	Desórdenes psiquiátricos o trastornos psicológicos, como: esquizofrenia, trastornos alimenticios, depresión, déficit de atención, ansiedad o dependencia a las drogas o al alcohol, entre otros.			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)			
13	Desórdenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo.			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)			
14	Cirugía cosmética, como cirugía de aumento/reducción de mama o rinoplastia, entre otras.			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)			
15	¿Está actualmente bajo tratamiento médico y/o rehabilitación?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)			
16	¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)			
17	¿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)			
18 PREGUNTAS EXCLUSIVAS PARA MUJERES				
a	¿Está embarazada?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
b	¿Ha tenido complicaciones del embarazo? Pre-Eclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
c	¿Ha tenido algún embarazo ectópico? Fecha: <input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
d	¿Ha tenido algún legrado? Fecha: <input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>		¿De qué tipo? <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
e	¿Ha tenido algún aborto? Fecha: <input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>		Causa <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
f	¿Ha tenido alguna cesárea? Fecha: <input type="text" value="DD/MM/AAAA"/>		Causa <input type="text"/>	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			

7 CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

g	¿Ha tenido algún tratamiento de fertilidad/infertilidad? Fecha:	DD/MM/AAAA	Causa	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
h	¿Ha tenido enfermedades de trasmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo femenino (ovarios, matriz o glándulas mamarias), como: infección por virus del papiloma, enfermedad inflamatoria pélvica, menstruaciones abundantes o irregulares, fibromas, endometriosis, infertilidad, citologías anormales, ovarios poliquísticos, etc.?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre de la(s) solicitante(s)			
19 PREGUNTA EXCLUSIVA PARA HOMBRES				
a	¿Ha tenido enfermedades de trasmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo masculino: prostatitis, hiperplasia prostática benigna, infertilidad y padecimientos de los testículos, glándulas mamarias, entre otros?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Nombre del(los) solicitante(s)			

INFORMACIÓN ADICIONAL

Complete esta sección si ha respondido en forma afirmativa a cualquier pregunta médica del 1 al 19. Por favor incluya con la mayor precisión posible cualquier detalle, aunque no esté seguro(a) de su importancia.

- (a) Describa la enfermedad o problema médico, indicando la zona del cuerpo afectada (por ejemplo, la pierna derecha, el ojo izquierdo).
 - (b) Describa el tipo de tratamiento (médico, quirúrgico, rehabilitación) y el resultado (en curso, completado en recuperación, recurrente, probable que se repita)
 - (c) Para farmacoterapia, incluya nombre del medicamento, fecha de inicio, cantidad y frecuencia.
- Marque aquí si necesita más espacio y utilizó una hoja aparte.

Nombre del solicitante					
No. de la pregunta		Enfermedad o problema médico (a)			
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					
Nombre del solicitante					
No. de la pregunta		Enfermedad o problema médico (a)			
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					
Nombre del solicitante					
No. de la pregunta		Enfermedad o problema médico (a)			
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					
Nombre del solicitante					
No. de la pregunta		Enfermedad o problema médico (a)			
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					
Nombre del solicitante					
No. de la pregunta		Enfermedad o problema médico (a)			
Fecha primer síntoma	DD/MM/AAAA	Inicio del tratamiento	DD/MM/AAAA	Fin del tratamiento	DD/MM/AAAA
Tratamiento (b) (c)					

HISTORIAL MÉDICO

Exámenes médicos: ¿Ha tenido alguno de los solicitantes un examen pediátrico, ginecológico o de rutina en los últimos 5 años? Sí No Si respondió "Sí", explique abajo.

Nombre		Tipo de examen		Fecha	DD/MM/AAAA
Resultado: Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Si es anormal, favor explique					
Hábitos: ¿El Solicitante y/o Dependiente(s) fuma cigarrillos o consume productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si respondió "Sí", explique abajo.					
Nombre		Tipo		Cuanto tiempo	
				Cantidad/día	

7 CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

Historial familiar: ¿Tiene el Solicitante y/o Dependiente(s) historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario? Sí No Si respondió "Sí", explique abajo.

Solicitante	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"/>	

8 MÉDICO TRATANTE

Si el Solicitante y/o cualquiera de sus Dependientes tienen un médico tratante, por favor incluya los datos.

Nombre del médico					
Especialidad				Teléfono	
Nombre del solicitante					
Nombre del médico					
Especialidad				Teléfono	
Nombre del solicitante					
Nombre del médico					
Especialidad				Teléfono	
Nombre del solicitante					
Nombre del médico					
Especialidad				Teléfono	
Nombre del solicitante					

9 ELIJA SU PLAN

AT

Para obtener el detalle de la cobertura del plan que ha elegido, consulte las Condiciones Generales y las Tablas de Beneficios correspondientes.

Producto	Suma anual asegurada	Deducibles				
		Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4	Plan 5
		Dentro/Fuera de Guatemala	Dentro/Fuera de Guatemala	Dentro/Fuera de Guatemala	Dentro/Fuera de Guatemala	Dentro/Fuera de Guatemala
<input type="checkbox"/> Major Medical	US\$5,000,000	<input type="checkbox"/> US\$10,000/ US\$10,000	<input type="checkbox"/> US\$20,000/ US\$20,000			
<input type="checkbox"/> Select	US\$2,000,000	<input type="checkbox"/> US\$250/ US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$2,000/ US\$2,000	<input type="checkbox"/> US\$5,000/ US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$10,000/ US\$10,000	
<input type="checkbox"/> Premier	US\$5,000,000	<input type="checkbox"/> US\$250/ US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$2,000/ US\$2,000	<input type="checkbox"/> US\$5,000/ US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$10,000/ US\$10,000	
<input type="checkbox"/> Elite	US\$7,000,000	<input type="checkbox"/> US\$250/ US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$2,000/ US\$2,000	<input type="checkbox"/> US\$3,500/ US\$3,500	<input type="checkbox"/> US\$5,000/ US\$5,000	<input type="checkbox"/> US\$10,000/ US\$10,000
<input type="checkbox"/> Ultimate	Ilimitada	<input type="checkbox"/> US\$0/ US\$0	<input type="checkbox"/> US\$1,000/ US\$1,000			

10 BENEFICIARIO

AT

En caso que el beneficiario del seguro se encuentre impedido por cualquier causa para recibir el reembolso de los gastos médicos incurridos, se designa como beneficiario contingente para que reciba los pagos correspondientes en su nombre y representación a:

Nombres	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	OTROS NOMBRES
Apellidos	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA
Documento de identificación #			DPI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>
Relación con el beneficiario			

11 DESIGNACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

AT

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.

Nombres	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	OTROS NOMBRES
Apellidos	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA
Documento de identificación #			DPI <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/>

12 INFORMACIÓN SOBRE OTROS SEGUROS

AT

Si el Solicitante y/o Dependiente(s) cuentan actualmente con cobertura de gastos médicos mayores con otra compañía y mantendrán dicha cobertura, por favor marque aquí y complete la siguiente información:

Nombre de la compañía			
Número de póliza			
Fecha de renovación	DD/MM/AAAA	Valor del deducible	

13 CONSENTIMIENTO

AT

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.

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 Asegurado Titular/Principal firmante de este formulario de solicitud declara que, con respecto a las personas que son nombradas/presentadas como Dependientes o Beneficiarios en este documento, es según corresponda: el representante o tutor legal de éstas, o bien que alternativamente ha obtenido el consentimiento/autorización previa, válida, suficiente, explícita y respectiva 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., pudiendo incluir información personal de salud de sus representados.

CONSENTIMIENTO Y DECLARACIONES

El Asegurado Titular/Principal firmante de este formulario de solicitud declara:

- a) Tener pleno conocimiento de que la información contenida en esta solicitud es verdadera y completa;
- b) Contar con facultades para, ante BUPA Guatemala, Compañía de Seguros S.A., válidamente ejercer la representación de todas y cada una de las demás personas que en este documento son nombradas como Dependientes y/o Beneficiarios, o alternativamente haber respectivamente obtenido de todas y cada una de ellas su respectivo consentimiento previo, válido, explícito, y suficiente: i) para representarlas en la presentación de este formulario de solicitud; ii) para otorgar consentimiento actuando por cuenta de sus representados; y, iii) para hacer declaraciones a nombre de éstas;
- c) Que el Asegurado Titular/Principal firmante yo todos sus representados están de acuerdo en estar obligado por los términos de la póliza de mi plan de salud (y para la cobertura proporcionada a cualquier otra persona que deba ser cubierta por esta póliza);
- d) Que otorga consentimiento explícito actuando tanto a nombre propio, como también actuando por cuenta de todas y cada una de las demás personas a ser cubiertas por la póliza, a fin de autorizar a BUPA Guatemala, Compañía de Seguros S.A. para realizar actividades de tratamiento de los datos personales suyos y los de sus representados, con sujeción a lo establecido en el Aviso de Privacidad que corresponde al producto solicitado por medio de la presentación de este documento a BUPA Guatemala, Compañía de Seguros S.A. Dicho aviso de privacidad aparece publicado en el sitio: www.bupasalud.com.gt;
- e) Haber divulgado el Aviso de Privacidad mencionado en el literal c) que antecede, a todos sus representados, todos y cada uno de los cuales además le ha manifestado su explícita aceptación con respecto a su contenido al mismo;
- f) Entender que los beneficios pueden no ser pagados en su totalidad o en absoluto y la póliza puede ser rescindida si no se proporciona toda la información requerida en este formulario de solicitud; y,
- g) Que donde en este documento se haya proporcionado información a nombre de cualquier otra persona ser cubierta por la póliza, el Asegurado Titular/Principal confirma haber comprobado con todos y cada uno de ellos, que la información es correcta, verdadera y completa, antes de presentar este formulario de solicitud a BUPA Guatemala, Compañía de Seguros S.A.
- h) Que el Asegurado Titular/Principal firmante y sus representados son conscientes de que las leyes vigentes en la República de Guatemala y sus reglamentos son aplicables a la póliza.

ADVERTENCIAS Y CONDICIONES

En vista de la declaración anterior, es esencial que la información completa sea suministrada. No podremos procesar su solicitud si este formulario está incompleto. Por favor, asegúrese de revisar todo el formulario.

Si usted no toma las precauciones necesarias para proporcionarnos la información completa y precisa para completar este formulario de solicitud, podremos tener el derecho de tratar su póliza como si no hubiera existido, o negarnos a pagar la totalidad o parte de una reclamación.

Si usted no toma las precauciones necesarias para proporcionar la información completa y precisa en relación con cualquiera de las otras personas a ser cubiertas por la póliza, esto puede afectar la cobertura de dichas personas.

Le recomendamos que mantenga un registro de toda la información que usted nos proporciona en relación con esta solicitud, incluyendo cualquier otro documento o formulario.

Si usted desea recibir una copia de este formulario, solicítelo a la Aseguradora. Esta solicitud debe ser recibida por la Aseguradora dentro de las seis semanas después de la fecha que se firma este documento.

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.

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.

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Estoy de acuerdo que cualquier cobertura que pueda adquirir en los Estados Unidos de América o en cualquier otro país, conllevará a la posible terminación de mi cobertura con Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. Además, deberé informar a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. si yo o cualquiera de mis dependientes bajo la póliza, nos hemos convertido en residentes permanentes de los Estados Unidos de América o cualquier otro país distinto a Guatemala.

He revisado y entiendo el contenido y propósito de este reconocimiento y autorizaciones. Con mi firma y respuestas afirmativas confirmo que la autorización sobre las decisiones descritas anteriormente reflejan fielmente mis deseos. Mi firma abajo constituye la aceptación de todas las declaraciones listadas arriba. Esta solicitud es válida por 90 días calendario a partir de la fecha en que ha sido firmada.

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 Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. para la aprobación final antes de que la cobertura se haga efectiva. En caso de que la póliza fuese aprobada durante este periodo, Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. se reserva el derecho de modificar las condiciones de aprobación de la póliza y/o la fecha efectiva de la misma.

Firma del Asegurado Titular / Principal		Fecha	DD/MM/AAAA
Nombre del Asegurado Titular / Principal			
Firma del Contratante		Fecha	DD/MM/AAAA
Nombre del Contratante			

PROCEDIMIENTO PARA PRESENTAR UNA QUEJA

Si tiene alguna inquietud o queja, puede comunicarse con un representante de Servicio al Cliente al PBX 2300-8000. También puede enviarnos un correo electrónico o escribirnos a la dirección:

ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com, o le podremos atender en nuestras oficinas ubicadas en:

5ª Avenida 5-55, Zona 14

Europlaza World Business Center

Torre III, Nivel 11, Oficina 1103

Ciudad de Guatemala

14 RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN (PARA SER LLENADO POR EL INTERMEDIARIO)

De conformidad con lo establecido en la ley, los intermediarios de seguros deberán informar de manera amplia y detallada a quien pretenda contratar un seguro sobre el alcance real de su cobertura y forma de conservarla o darla por terminada. Asimismo proporcionarán a la Aseguradora la información auténtica que sea de su conocimiento relativa al riesgo cuya cobertura se proponga a fin de que la misma pueda formar juicio sobre sus características y fijar conforme a las normas respectivas, las condiciones y primas adecuadas.

En el ejercicio de sus actividades, deberán apegarse a la información que proporcionen las instituciones para este efecto, así como a sus tarifas, pólizas, endosos, planes de seguros y demás circunstancias técnicas utilizadas por la Aseguradora.

De esta forma, el intermediario hace constar que ha explicado al propuesto asegurado los alcances y condiciones generales de este seguro y que desconoce de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que afecte la asegurabilidad de (de los) propuesto(s) asegurado(s).

Desconozco de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que afecte la asegurabilidad de los propuestos asegurados.

Clave del intermediario		Nombre	
Fecha	DD/MM/AAAA	Firma	

15 DETALLES DEL PAGO

MODALIDAD DE LA PÓLIZA: ANUAL SEMESTRAL OTRA:

MONTO DE LA PRIMA (US\$)

Esta página intencionalmente dejada en blanco.

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 1

CHEQUE DE CAJA CHEQUE PERSONAL

NO ENVIAR EFECTIVO. El pago debe ser emitido a nombre de Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A.

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 2

TRANSFERENCIA BANCARIA

111 Wall Street, New York, NY 10043
 Número de cuenta: 36073519
 ABA # 021000089
 SWIFT # CITIUS33
 CHIPS # 008
 Telex & Routing Code: NYCRB
 IBAN # GT22CITI02010000000700501019

Banco Beneficiario:

CITIBANK, N.A.
 Sucursal Guatemala
 Para crédito final a:
 Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.
 Número de cuenta: 0-700501019

MÉTODO DE PAGO: OPCIÓN 3

TARJETA DE CRÉDITO Yo, el tarjetahabiente, por medio de la presente autorizo a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. a que por conducto del banco de su elección y con base en el (los) contrato(s) de apertura de crédito o débito que respaldan mi tarjeta afiliada MasterCard, Visa, American Express o Diners Club efectúe el cobro automático de primas iniciales, subsecuentes y renovaciones automáticas de la Póliza contratada. El cargo se realizará en dólares americanos, por lo cual me comprometo a mantener saldo suficiente en mi cuenta para que se cubran las obligaciones de pago a mi cargo, dándome por enterado que dichos pagos se realizarán con base en el inicio de vigencia de la póliza, forma de pago seleccionado y en la periodicidad elegida. En caso de no registrarse el (los) cargo(s) en mi estado de cuenta bancario, es mi obligación notificar a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

Declaro que estoy enterado y de acuerdo con que Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. dejará de prestarme el servicio contratado además de las señaladas en el contrato de seguro y una vez transcurrido el periodo de gracia, también por:

1. Cancelación o cambios en el instrumento bancario no notificado a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.
2. Por rechazo bancario.
3. Cancelación de la póliza por falta de pago

TARJETA:



Número de tarjeta de crédito

Fecha de expiración

MM/AAAA

Cantidad a debitar (US\$)

Cuotas: Sí No Cantidad de cuotas: 3 6 10 12 Banco emisor

Código de seguridad

Teléfono

Correo electrónico

Dirección del tarjetahabiente

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. 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. Al firmar, autorizo las deducciones automáticas para las futuras renovaciones.

Firma del tarjetahabiente

Fecha

DD/MM/AAAA

DATOS DE FACTURACIÓN

Nombre

NIT

Dirección

Parentesco del pagador con el Asegurado Titular: Mismo Cónyuge Padre/Madre
 Hijo(a) Hermano(a) Nieto(a) Abuelo(a) Representante legal

 Otro

Este formulario cumple con todos los requisitos establecidos en el IVE-ASR-32.

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución Número del , registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo.

Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.
5ª Avenida 5-55, Zona 14
Europlaza World Business Center
Torre III, Nivel 11, Oficina 1103
Ciudad de Guatemala
PBX: 2300-8000
www.bupalud.com
ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com