

BUPA CORPORATIVO

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA

MÉDICA LOCAL PYME



1. INFORMACIÓN DEL TITULAR

| | | | |
|-----------------------------------|--|---------------|--|
| Razón Social | | | |
| Tipo de Industria | | RUC | |
| Dirección de la Empresa | | | |
| Ciudad | | Provincia | |
| País | | Código postal | |
| Email | | Teléfono | |
| Nombre del Administrador de grupo | | | |
| Email | | Teléfono | |

2. INFORMACIÓN DEL CONTRATO

A. Módulo Cobertura Máxima

10,000 30,000 50,000 120,000

B. Módulo Ambulatorio/ Hospitalario

Base Plus Completa

C. Módulo de Asistencias Opcionales

Dental Viajes

D. Cobertura Anterior (si aplica)

¿Está el grupo cubierto por otro plan de seguros de salud? Si No

Si respondió SI, favor proporcionar la siguiente información:

| | | | |
|---|--|--|--|
| Nombre de aseguradora actual | | | |
| Inicio de vigencia bajo el plan existente | | Fin de vigencia bajo el plan existente | |
| Razón para la terminación de la cobertura bajo el plan actual | | | |

E. Elegibilidad

| | | | |
|---|--|---|--|
| Número de asegurados titulares que se inscriben ahora | | Número de dependientes que se inscriben ahora | |
| Fecha efectiva solicitada para la cobertura | | | |

3. INFORMACIÓN DE PAGO

Seleccione la modalidad de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

Seleccione el método de pago: Cheque Transferencia Tarjeta de Crédito/ Débito* Débito Bancario*

*(adjunte Formulario de Autorización para Pago con Tarjeta de Crédito / Débito o Formulario de Autorización para Débito Bancario)

Nota: El pago debe ser efectuado en dólares americanos por la Empresa. No se aceptarán pagos individuales de asegurados o dependientes.

4. INFORMACIÓN LEGAL

Declaración de información: La Empresa Contratante declara que toda la información detallada en el presente formulario es verdadera, completa y actualizada. Cualquier falsedad en esta solicitud será considerada como indicios de mala fé contractual.

Política de Privacidad: BUPA ECUADOR S.A. (en adelante "la Compañía") con domicilio en Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú, Ed. San Salvador, Piso 3, Quito, Ecuador, emite la presente política de protección de datos personales (en adelante, la "Política"), que regula la recopilación y tratamiento de todos los datos personales que la Empresa Contratante, los asegurados titulares y/o sus dependientes y beneficiarios proporcionen directamente y/o autoricen a recabar de terceros; incluyendo datos personales sensibles. Los asegurados titulares son personas naturales que tienen una relación de empleo o de prestación servicios con respecto a la Empresa Contratante y, que esta ha acreditado ante la Compañía con el fin de que dichas personas queden cubiertas por la póliza que se emita a partir de esta solicitud.

Con la firma de este documento, la Empresa Contratante declara haber leído, entendido y aceptado la Política. Declaro conocer que si BUPA ECUADOR S.A. verifica falsedad y/o reticencia en la información proporcionada, será causal para dar por terminado el contrato de seguro, de conformidad con la póliza a la que se adhiere esta solicitud que forma parte integrante del contrato de seguro, y, o negar cualquier cobertura solicitada.

Para efectos de este documento se entenderá que, "dato(s) personal(es)" es: toda información referida de una persona natural/física que sea identificada, o que sea identificable.

El responsable de la base de datos personales es la Compañía. Los datos personales recopilados por la Compañía tienen como finalidad su tratamiento para la prestación de servicios a la Empresa Contratante, a los asegurados titulares y a sus dependientes y beneficiarios, y para el cumplimiento de obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica y/o comercial entre las personas aseguradas, el administrador y la Compañía. Esto incluye, entre otras, las siguientes finalidades de tratamiento de datos personales: (i) El análisis de esta solicitud de seguro, la evaluación del riesgo y la emisión del contrato de seguro; (ii) El trámite de solicitudes para el pago de siniestros; (iii) La administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro; (iv) La realización de actividades destinadas a la prevención de actividades ilícitas; (v) La elaboración de información estadística; (vi) La realización de evaluaciones de calidad del servicio brindado por la Compañía bajo la póliza; (vii) Comunicar/informar acerca de todos los beneficios de la póliza a la Empresa Contratante y a las personas que son asegurados titulares bajo la cobertura de la póliza; (viii) Brindarle servicios a la Empresa Contratante y/o a los asegurados titulares y a sus dependientes y beneficiarios, a los que puedan acceder a partir de la descarga de aplicaciones en dispositivos; (ix) El cumplimiento de obligaciones legales de la Compañía; (x) Compartir, con el Asesor Productor de Seguros que la Empresa Contratante designe, la información personal necesaria para el cumplimiento del contrato de seguro; (xi) La realización de actividades de mercadeo y de perfiles de las personas que son asegurados titulares y sus dependientes y beneficiarios, para la mejor atención de sus necesidades; (xii) El envío de notificaciones acerca de cambios en los términos y condiciones de la póliza a la Empresa Contratante y/o a las personas que sean asegurados titulares bajo la cobertura de la póliza; (xiii) Hacer análisis del uso de nuestros productos y servicios; (xiv) Los datos personales recabados en relación con la póliza pueden ser compartidos por nosotros con proveedores de servicios de salud, de servicios sanitarios y de farmacia, que brinden algún servicio a la persona titular de los datos personales

Al aceptar esta Política, la Empresa Contratante consiente a que todos los datos personales que sean proporcionados bajo la misma a la Compañía, sean compartidos por esta última con: (i) Sus empresas afiliadas y subsidiarias, y además también con sus socios comerciales, a nivel internacional; (ii) Terceros proveedores de servicios de la Compañía y/o de sus afiliadas y subsidiarias. Los proveedores de servicios a la Compañía y/o de sus afiliadas y subsidiarias que reciban datos personales proporcionados por la Empresa contratante, por las personas que son asegurados titulares y por sus dependientes y/o beneficiarios serán obligados a observar esta Política; (iii) Autoridades, cortes y tribunales competentes, ecuatorianos y extranjeros; (iv). Instituciones, organizaciones y/o entidades del sector asegurador, cuya finalidad sea la prevención de fraude y la selección de riesgos.

Con respecto a sus datos personales, las personas que son titulares de los mismos pueden ejercer los siguientes derechos: (i) Solicitar acceso a su información personal guardada en nuestras bases de datos; (ii) Solicitar la corrección o actualización de sus datos personales; (iii) Oponerse al tratamiento de sus datos personales, pudiendo además revocar su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales en cualquier momento; y, (iv) Solicitar la eliminación/cancelación de sus datos personales. Para ejercer cualquiera de los derechos antes mencionados, es necesario que ello sea solicitado a la Compañía por escrito, vía correo electrónico dirigido a: privacyoffice@bupalatinamerica.com.

La solicitud tiene que contener la siguiente información: (i) Nombre completo de la persona titular de los datos personales, su dirección de correo electrónico y otra información de contacto que nos permita comunicarnos con el solicitante; (ii) El país que es el lugar de residencia del sujeto titular de los datos personales que son objeto de solicitud; (iii) Copia de documentos que acrediten la identidad del solicitante como titular de los datos personales objeto de solicitud, o copia del documento que faculta al solicitante a actuar en representación del titular; (iv) La indicación de los derechos de protección de datos personales que se solicita ejercer. La Compañía notificará al solicitante la decisión sobre su solicitud, dentro del plazo establecido en la ley aplicable.

4. INFORMACIÓN LEGAL (CONTINUACIÓN)

La Compañía puede cambiar esta Política, en cualquier momento. Cualquier cambio en la Política será informado a través de un aviso a ser publicado en el portal de Internet de la Compañía, www.bupalud.com, o por escrito a ser enviado a la Empresa Contratante y/o a las personas que sean asegurados titulares, usando cualquier canal de comunicación escrita que mantengamos ellos.

Para información adicional sobre nuestras prácticas de privacidad puede visitar la siguiente página web <https://www.bupalud.com.ec/ec-politica-de-privacidad>.

Consentimiento y declaraciones: La Empresa Contratante que firma este documento declara que tiene pleno conocimiento y entendimiento de que la información completada en este documento es verdadera y completa, y que su consentimiento es completo y eficaz. La Empresa Contratante declara contar con el consentimiento/autorización de todos los asegurados titulares para compartir con la Compañía, la información personal de los asegurados y la de sus respectivos dependientes y beneficiarios.

También, autoriza expresamente a cualquier profesional, establecimiento de salud o cualquier persona natural o jurídica pública o privada a nivel nacional, a que entregue copia certificada del expediente único de la historia clínica, y cualquier información de salud que disponga a solicitud de BUPA ECUADOR, dicha información será utilizada, únicamente, para los fines previstos en esta póliza.

De igual manera, autoriza a que BUPA ECUADOR entregue toda la información que se requiera a profesionales auditores médicos independientes o a prestadores de servicios de salud, con quienes tenga convenio y a otras personas naturales o jurídicas que la requieran para efectos de los servicios descritos en esta póliza.

Origen y destino de fondos: La Empresa Contratante declara bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados a BUPA ECUADOR, son y provienen de actividades lícitas.

Reconocimiento y Autorización (Agente): Los Asesores Productores 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. Así mismo proporcionarán a la institución de seguros 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 las instituciones de seguros. Los Asesores Productores de Seguros no podrán intervenir en la contratación de los seguros que determine el reglamento respectivo, cuando su intervención pueda implicar situaciones de coacción o falta a las prácticas profesionales generalmente aceptadas en el desarrollo de la actividad. Los agentes, intermediarios o consultores de seguros no proporcionarán datos falsos de las instituciones de seguros, ni detrimentos o adversos en cualquier forma para las mismas. Como Agente, acepto completa responsabilidad por la presentación de esta solicitud, el envío de todas las primas cobradas por mi conducto, y la entrega de la póliza cuando sea emitida. Así mismo hago constar que he explicado al asegurado los alcances y condiciones generales de este seguro.

Verificación de texto: La Empresa Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Nota: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control aprobó a la presente Solicitud de Seguro el registro No 53818; con Oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2021-00042436-O de 25 de agosto de 2021.

En caso de duda, interpretación, descripción y aplicación de las condiciones detalladas en el presente contrato, prevalecerán sobre estas, las indicadas y dispuestas por las leyes y regulaciones y en el sentido más favorable para el usuario.

| | | | |
|-------------------|--|-------------------|--|
| Nombre del Agente | | Código del Agente | |
|-------------------|--|-------------------|--|

FIRMAS

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nombre del Representante Legal / Empresa Contratante | | Firma Representante Legal / Empresa Contratante | |
| Lugar | | Fecha | |