

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, 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 5-49 asegurados)
- Grupo Experiencia (para grupos de 50 empleados o más)

B. Opción y Plan (Por favor seleccione la cobertura y el deducible que se aplicará para cada empleado)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Máxima cobertura anual Área de cobertura | <input type="checkbox"/> Opción 1 US\$1,000,000 Mundial (incluye EE.UU.) | <input type="checkbox"/> Opción 2 US\$3,000,000 Mundial (incluye EE.UU.) | <input type="checkbox"/> Opción experiencia |
| | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Deducible | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Experiencia |
| Deducible Mundial | US\$0 | US\$500 | US\$2,000 | US\$5,000 | US\$10,000 | US\$20,000 | |
| Deducible en Estados Unidos | US\$1,000 | US\$2,000 | US\$5,000 | US\$5,000 | US\$10,000 | US\$20,000 | |

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

SECCIÓN 2

A. Información del Contratante

| | | | | | | | |
|---|--|-----------|--|------|--|--|--|
| Razón Social (tal como aparecerá en las facturas y en los documentos) | | | | | | | |
| Tipo de Negocio (clasificación estándar por industria) | | | | | | | |
| Dirección del Negocio | | | | | | | |
| Ciudad | | Estado | | País | | | |
| Número de teléfono | | Sitio Web | | | | | |
| E-mail | | | | | | | |
| 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? Administrador de Grupo 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 | DÍA/MES/AÑO | Fecha en que termina la cobertura bajo el plan existente | DÍA/MES/AÑO |
| 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 | | | |

C. Elegibilidad

| | | | |
|---|-------------|--|--|
| Número de Titulares que se inscriben ahora | | Número de Dependientes que se inscriben ahora | |
| Fecha efectiva solicitada para la cobertura | DÍA/MES/AÑO | ¿Cuántos Formularios de Inscripción del Asegurado 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):

| | | | |
|---|--------|-----------|--|
| Razón Social (tal como aparecerá en las facturas y en los documentos) | | | |
| Tipo de Negocio (clasificación estándar por industria) | | | |
| Dirección del Negocio | | | |
| Ciudad | Estado | País | |
| Número de teléfono | | Sitio Web | |
| E-mail | | | |
| Dirección postal (si es diferente a la anterior) | | | |
| Ciudad | Estado | País | |

SECCIÓN 3

A. Opciones de pago

Seleccione la modalidad de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

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 del 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 | | Firma | |
| Título | | Fecha | DÍA/MES/AÑO |
| Nombre del Agente | | Código | |
| Firma del Agente | | Fecha | DÍA/MES/AÑO |

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.