

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL



La Aseguradora se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si requiere información adicional.

Póliza nueva Dependientes adicionales Cambio opción de deducible

1302

Para uso de la Aseguradora
Número de póliza

1. INFORMACIÓN PERSONAL

Número de cliente

POR FAVOR PROPORCIONE COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PARA CADA SOLICITANTE

Nombre de los Solicitantes: Asegurado Principal/Dependientes (Nombres y Apellidos)			Relación con el Asegurado Principal	Estado civil ⁽¹⁾	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso	Estatura
Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres	Asegurado Principal		Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>	lbs kg	pies m
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de casada				F <input type="checkbox"/>		
DPI o Pasaporte #								
NIT			Lugar de nacimiento					

Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>	lbs kg	pies m
Primer apellido	Segundo apellido	Apellido de casada				F <input type="checkbox"/>		
DPI o Pasaporte #								

Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>	lbs kg	pies m
Primer apellido	Segundo apellido					F <input type="checkbox"/>		
DPI o Pasaporte #								

Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>	lbs kg	pies m
Primer apellido	Segundo apellido					F <input type="checkbox"/>		
DPI o Pasaporte #								

Primer nombre	Segundo nombre	Otros nombres			Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/>	lbs kg	pies m
Primer apellido	Segundo apellido					F <input type="checkbox"/>		
DPI o Pasaporte #								

Si se incluye hijos entre los **19 y 24 años de edad**, ¿es alguno estudiante universitario a tiempo completo? Sí No

Si respondió "Sí", por favor indique el nombre de la universidad y proporcione copia de la certificación de estudios de la universidad como evidencia de que son estudiantes de tiempo completo.

Si necesita más espacio para ampliar información, por favor use una hoja adicional firmada y fechada, indicando a qué punto se refiere y marque aquí para confirmar.

⁽¹⁾ **S** – soltero(a) **M** – casado(a)

Nota: Todo Solicitante **de 65 años o más** debe presentar una Declaración Médica.

2. PRODUCTO, PLAN Y COBERTURA ADICIONAL SOLICITADA

Producto	Suma asegurada	
Deducible	Fecha efectiva solicitada para cobertura	Día/Mes/Año
Cobertura adicional: Si no se selecciona ninguna cobertura adicional, ningún será aplicada.		
<input type="checkbox"/> Complicaciones perinatales y del embarazo ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> Procedimientos de trasplante ⁽³⁾	<input type="checkbox"/> Otra
Fecha efectiva solicitada para la cobertura adicional		Día/Mes/Año

⁽²⁾ Complete el Cuestionario de Maternidad ⁽³⁾ Complete la Solicitud de Cobertura Adicional para Procedimientos de Trasplante

3. INFORMACIÓN DE OTRO SEGURO

(3.1) ¿Tiene usted un seguro de salud con alguna otra compañía? Sí No

Nombre de la compañía		Teléfono	
Producto		Valor del deducible	
		No. de póliza	

(3.2) ¿Tiene la intención de mantener su seguro de salud con la otra compañía? Sí No

(3.3) Si este seguro reemplazará a otro existente, incluya copia del certificado de cobertura y recibo de su último pago.

(3.4) ¿Ha sido alguna solicitud de seguro de salud o de vida rechazada, aceptada, sujeta a restricciones o a una prima mayor que las tarifas estándar de la aseguradora para cualquiera de los solicitantes? Sí No Si respondió "Sí", favor explicar:

4. INFORMACIÓN GENERAL

(4.1) Datos generales

Nacionalidad		Actividad económica o profesión u oficio	
--------------	--	------------------------------------------	--

(4.2) Información 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 Persona Expuesta Políticamente (PEP)? Sí No ¿Tiene parentesco con un PEP? Sí No

¿Es asociado cercano de un PEP? Sí No

(4.3) Dirección residencial

Residencia			
Código postal	Municipio	Departamento	
Otra dirección (diferente de la anterior)			
Código postal	Municipio	Departamento	

(4.4) ¿Viven todos los dependientes en la misma dirección indicada arriba? Sí No Si responde "No", complete:

Nombre		Dirección	
Nombre		Dirección	

(4.3) Estatus de residencia/ciudadanía

¿Es usted ciudadano(a) o residente permanente de los Estados Unidos de América? Sí No

Si respondió "Sí", ¿reside actualmente o ha residido en los EE.UU. por más de 6 meses en el período de un año? Sí No

(4.5) Teléfono, fax y correo electrónico (e-mail)

Residencia		Trabajo		Fax	
Celular		E-mail			

5. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellidos	%	Relación con el Asegurado Principal

6. INFORMACIÓN MÉDICA

(6.1) Médico(s) tratante

Nombre del Solicitante		Nombre del Médico	
Especialidad		Teléfono	
Nombre del Dependiente		Nombre del Médico	
Especialidad		Teléfono	
Nombre del Dependiente		Nombre del Médico	
Especialidad		Teléfono	

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

Nombre del Dependiente		Nombre del Médico	
Especialidad		Teléfono	
(6.2) Exámenes médicos			
¿Han tenido el solicitante y/o dependientes un examen pediátrico, ginecológico o de rutina en los últimos 5 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí" explique:			
Solicitante o Dependiente		Tipo de examen	Fecha Día/Mes/Año
Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si es anormal, favor explicar			
Solicitante o Dependiente		Tipo de examen	Fecha Día/Mes/Año
Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si es anormal, favor explicar			
Solicitante o Dependiente		Tipo de examen	Fecha Día/Mes/Año
Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si es anormal, favor explicar			
Solicitante o Dependiente		Tipo de examen	Fecha Día/Mes/Año
Resultado <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Si es anormal, favor explicar			

Si necesita más espacio para ampliar información, por favor use una hoja adicional firmada y fechada, indicando a qué punto se refiere y marque aquí para confirmar.

(6.3) Condiciones médicas:

¿Ha sufrido el solicitante y/o los dependientes de...		Sí	No
a	infecciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	desórdenes de la visión, del oído o audición, nasales o de la garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	convulsiones, migrañas, parálisis u otro desorde neurológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	desórdenes del corazón, desórdenes circulatorios, hipertensión arterial, colesterol, triglicéridos elevados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	alergias, asma, bronquitis u otro desorden pulmonar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	enfermedades del esófago, estómago, intestinos o páncreas, hepatitis, otra enfermedad del hígado u otro desorden digestivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g	enfermedades de los riñones o del tracto urinario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h	problemas de la columna vertebral, reumatismo, artritis, gota u otro desorden muscular, articular o de los huesos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i	cáncer o tumores benignos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j	anemia, leucemia/linfoma u otro desorden de la sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k	diabetes, desórdenes de la glándula tiroides u otro desorden endocrino/hormonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l	desórdenes de la próstata?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m	enfermedades de transmisión sexual o de los órganos sexuales u otro desorden del sistema reproductivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n	desórdenes de las mamas, los ovarios, el útero u otro desorden ginecológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ñ	desórdenes de la piel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o	desórdenes congénitos o hereditarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p	otra enfermedad, desorden, lesión, accidente o cirugía, o tiene alguna cirugía/hospitalización pendiente no mencionada arriba?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(6.4) Explicación de condiciones médicas

Letra		Solicitante o Dependiente		Condición	
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y resultados	
Letra		Solicitante o Dependiente		Condición	
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y resultados	
Letra		Solicitante o Dependiente		Condición	
Desde	Día/Mes/Año	Hasta	Día/Mes/Año	Tratamiento y resultados	

6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

Letra		Solicitante o Dependiente		Condición	
Desde	<i>Día/Mes/Año</i>	Hasta	<i>Día/Mes/Año</i>	Tratamiento y resultado	
Letra		Solicitante o Dependiente		Condición	
Desde	<i>Día/Mes/Año</i>	Hasta	<i>Día/Mes/Año</i>	Tratamiento y resultado	

Si necesita más espacio para ampliar información, por favor use una hoja adicional firmada y fechada, indicando a qué punto se refiere y marque aquí para confirmar.

(6.5) Medicamentos

¿Se le ha recomendado al Solicitante o a alguno de los Dependientes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente?

Sí No Si respondió "Sí", explique:

Solicitante o Dependiente		Nombre del medicamento		Cantidad	
Razón		Frecuencia		Desde	<i>Día/Mes/Año</i>
				Hasta	<i>Día/Mes/Año</i>
Solicitante o Dependiente		Nombre del medicamento		Cantidad	
Razón		Frecuencia		Desde	<i>Día/Mes/Año</i>
				Hasta	<i>Día/Mes/Año</i>
Solicitante o Dependiente		Nombre del medicamento		Cantidad	
Razón		Frecuencia		Desde	<i>Día/Mes/Año</i>
				Hasta	<i>Día/Mes/Año</i>
Solicitante o Dependiente		Nombre del medicamento		Cantidad	
Razón		Frecuencia		Desde	<i>Día/Mes/Año</i>
				Hasta	<i>Día/Mes/Año</i>

(6.6) Hábitos

¿El Solicitante y/o alguno de los Dependientes ha fumado cigarrillos o consumido productos con nicotina, alcohol o drogas ilegales?

Sí No Si respondió "Sí", explique.

Solicitante y/o Dependientes	Tipo	¿Cuánto tiempo?	Cantidad/día

(6.7) Historial familiar

¿Tienen el Solicitante y/o Dependientes historial familiar de diabetes, hipertensión, cáncer o algún desorden cardiovascular congénito o hereditario?

Sí No Si respondió "Sí", explique.

Solicitante y/o Dependientes	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"/>	

Si necesita más espacio para ampliar información, por favor use una hoja adicional firmada y fechada, indicando a qué punto se refiere y marque aquí para confirmar.

7. SUSCRIPCIÓN COMO CLIENTE VIRTUAL

Por este medio me suscribo como cliente virtual de Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. Como cliente virtual, recibiré toda la correspondencia y documentos relacionados con mi seguro ingresando a los Servicios en Línea de Bupa en www.bupa.com.gt.

8. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIONES

Certifico que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en esta solicitud y que, a mi mejor entendimiento están completas y son verdaderas. Entiendo que cualquier omisión o declaración incompleta e incorrecta puede causar que los reclamos sean denegados, y que la póliza sea rescindida o cancelada. Si cualquiera de los asegurados requiere cuidado o tratamiento médico después que la solicitud de seguro ha sido firmada, pero antes de la fecha efectiva de la póliza, deberá proporcionar detalles completos a la aseguradora para la aprobación final antes que la cobertura se haga efectiva. Estoy de acuerdo en aceptar la póliza bajo los términos y condiciones con que sea emitida. De no ser así, notificaré mi desacuerdo por escrito a la Aseguradora durante los quince (15) días siguientes al recibo de la póliza de seguro.

Autorización para recaudar información sobre mi salud

Por este medio autorizamos a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. (en adelante denominada “la Aseguradora”) para solicitar mi información de salud protegida, así como la de mis dependientes, sin limitación, registros médicos y cualquier historial/registro de medicamentos por receta, registros o planes de tratamiento y cualquier otra información médica o farmacéutica para ser considerada en el proceso de evaluación de riesgo con respecto a la solicitud de cobertura para mi persona y mis dependientes. Autorizo por este medio a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia, o cualquier otro proveedor médico, plan de salud, empleador/asegurado titular de grupo o administrador de plan de beneficios, y cualquier otra organización o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga acceso a registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud para revelar dicha información a la Aseguradora y sus intermediarios autorizados.

La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud. Entiendo que la Aseguradora se basará en dicha información para 1) evaluar el riesgo de esta solicitud de cobertura y tomar decisiones sobre la elegibilidad, clasificación de riesgo, emisión de la póliza y aceptación del solicitante y los dependientes, 2) administrar reclamaciones y determinar o cumplir la responsabilidad de cobertura y suministro de beneficios, 3) administrar la cobertura, y 4) llevar a cabo otras operaciones de seguro conforme a la ley pertinente.

Entiendo que la capacidad de la Aseguradora para evaluar la cobertura depende de recibir toda la información de salud necesaria. Por lo tanto, el negarme a dar mi autorización (marcar “No” abajo) resultará en la denegación de mi solicitud para recibir cobertura.

Sí No

Autorización para revelar información sobre mi salud

Por este medio autorizamos a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. (en adelante denominada “la Aseguradora”) para usar y revelar al intermediario de seguro las condiciones de la póliza, la Carátula de la Póliza y otros documentos de seguro, información de pagos, reclamaciones y solicitudes de reembolso, y registros médicos que puedan contener información de salud protegida que les permitirá atender las preguntas y facilitar la interacción relacionada con la cobertura de seguro, pagos y reclamaciones.

Sí No

Entendemos que:

- La Aseguradora usará cualquier información suministrada en esta solicitud y recibida por medio de la autorización antes de la fecha de vigencia de la cobertura para considerar la solicitud.
- Tenemos derecho a recibir una copia de esta autorización.
- Una copia de la autorización será tan válida como el original.
- La autorización permanecerá vigente mientras la cobertura esté vigente, incluyendo las renovaciones automáticas.
- Esta autorización es voluntaria y la información revelada conforme a esta autorización podría quedar sujeta a volver a ser revelada por quienes la reciban.

Tenemos el derecho de revocar esta autorización previo aviso por escrito a la Aseguradora. Sin embargo, la revocación no cobrará vigencia hasta que la Aseguradora reciba y procese dicha revocación. Las revocaciones serán enviadas por correo postal a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros S. A. o por correo electrónico a: ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com

Hemos revisado y entendemos el contenido y propósito de este reconocimiento y autorizaciones. Con nuestra firma y respuestas afirmativas confirmamos que la autorización sobre las decisiones descritas anteriormente reflejan fielmente nuestros deseos. Nuestra firma abajo constituye la aceptación de todas las declaraciones realizadas arriba. Esta solicitud es válida por 90 días a partir de la fecha en que ha sido firmada.

9. FIRMAS

Nombre del Solicitante		Fecha	Día/Mes/Año
Firma		Lugar	
Nombre del Cónyuge o Conviviente u otra persona designada por el asegurado principal		Fecha	Día/Mes/Año
Firma		Lugar	

Como Intermediario de Seguros, acepto completa responsabilidad por el envío de esta solicitud y todas las primas cobradas, y por la entrega de la póliza cuando sea emitida. **Desconozco la existencia de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que pudiera afectar la asegurabilidad de los propuestos asegurados.**

Nombre del Intermediario de Seguro	Firma del Intermediario de Seguro (testigo)	Código del Intermediario de Seguro

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.bupa.com.gt
ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com

10. INFORMACIÓN DE PAGO (el pago debe ser enviado junto con la solicitud)

Nombre del Asegurado Principal			
Modalidad de la póliza	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semi-Anual	Prima Neta US\$
			Tarifa administrativa anual US\$ 75.00
			IVA US\$
			Prima total anual US\$
			Prima total semi-anual 1 US\$
			Prima total semi-anual 2 US\$

¿El pagador de la prima es distinto al asegurado principal? Sí No En caso afirmativo, especifique

Nombre comercial de la entidad (Especifique los datos del representante legal)

Primer nombre Segundo nombre Otros nombres

Primer apellido Segundo apellido Nacionalidad

DPI o No. de Pasaporte NIT

Actividad económica o profesión u oficio Fecha de nacimiento o constitución de la entidad Número de teléfono

Dirección del solicitante

Zona Municipio Departamento

Firma Fecha

Datos de facturación

Nombre NIT

Dirección

Método de pago

Cheque de caja Cheque personal Giro bancario

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

Transferencia bancaria Débito electrónico de fondos (ACH)

Información bancaria: Citibank, N.A. 111 Wall Street New York, NY 10043 Número de cuenta: 36073519 ABA # 021000089 SWIFT # CITIUS33
 CHIPS # 008 Telex & Routing Code: NYCRB Banco Beneficiario: CITIBANK, N.A. - Sucursal Guatemala Para crédito final a: Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. Número de cuenta: 0-700501019

Tarjeta de crédito Por favor proporcione la siguiente información:

Yo, autorizo a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

a debitar mi tarjeta de crédito y/o débito:    

Número de tarjeta de crédito Fecha de expiración Mes/Año

Cantidad a debitar: US\$ Cuotas: Sí No Cantidad de cuotas

Dirección del Tarjetahabiente (donde recibe el estado de cuenta): 3 6 10 12

Teléfono del Tarjetahabiente Firma del Tarjetahabiente

Débito automático para renovaciones futuras: Sí No

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 Bupa. 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. En el caso que un débito directo para pagar mi póliza de seguro de salud sea por cualquier razón rechazado o denegado, acepto que tengo la responsabilidad personal de pagar inmediatamente las primas de mi póliza de seguro de salud, o la póliza podrá ser rescindida o cancelada. Al firmar, autorizo las deducciones automáticas para las futuras renovaciones.

Firma del Asegurado Principal Lugar Fecha

Día/Mes/Año

Firma del Tarjetahabiente y/o Cuentahabiente Lugar Fecha

Día/Mes/Año

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según Resolución número 976-2015 de fecha veintiocho de agosto de dos mil quince. Este formulario cumple con todos los requisitos establecidos en el IVE-ASR-32.

