

BUPA CORPORATE CARE

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD DE GRUPO PARA EL EMPLEADOR



Por favor llene esta solicitud y entréguela a Bupa con lo siguiente:

- Copia del Registro Mercantil actualizado, que sustente los accionistas, consejo y representantes
- Copia del Registro Nacional de Contribuyente o certificación de la DGII
- Documento que confirme su domicilio y existencia (Ejemplo: factura de servicios, comprobante de servicio telefónico, etc.)
- Copia de los documentos constitutivos o societarios certificados por la cámara correspondiente
- Nóminas de accionistas
- Copia del acta de asamblea actualizada
- Documento de identidad de los propietarios, beneficiarios finales y personas físicas que ejercen el control real, así como de los firmantes de la entidad
- Lista de empleados en la nómina, aunque no todos sean cubiertos
- Un Formulario de Inscripción del Asegurado 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)
- Anexo A

SECCIÓN 1

A. Tipo de grupo

Por favor seleccione un grupo de acuerdo al número de empleados:

- Grupo Colectivo (para grupos de 5-49 empleados)
- 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	<input type="checkbox"/> Opción 1 US\$1,000,000 Mundial (incluye EE.UU.)	<input type="checkbox"/> Opción 2 US\$2,000,000 Mundial (incluye EE.UU.)
Área de cobertura	<input type="checkbox"/> Plan 1	<input type="checkbox"/> Plan 2
	<input type="checkbox"/> Plan 3	<input type="checkbox"/> Plan 4
Deducible Mundial	US\$0	US\$500
Deducible en Estados Unidos	US\$1,000	US\$2,000
	US\$5,000	US\$10,000
Por favor seleccione cualquier anexo de cobertura adicional solicitado:	<input type="checkbox"/> Cuidado Dental	<input type="checkbox"/> Cuidado de la Vista

SECCIÓN 2

A. Información del negocio/empleador

Denominación o razón social			
Fecha de constitución de la entidad			
Inscripción en el Registro Mercantil: Fecha		Número	
Actividad principal que realiza			
Volumen de ingresos/ facturación anual		Registro Nacional de Contribuyente (RNC)	
Dirección del negocio			
Ciudad	Provincia	País	Código postal
Teléfono de sede principal		Número de fax	
Correo electrónico		Sitio web	
Dirección postal (si es diferente a la anterior)			
Ciudad	Provincia	País	Código postal
Nombre del Administrador de Grupo			
Número de teléfono		Correo electrónico	
¿Quién debe recibir los documentos de membresía para los asegurados?	<input type="checkbox"/> Administrador de Grupo	<input type="checkbox"/> Agente	

B. Cobertura Anterior

¿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

B. Cobertura anterior (si aplica)
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 empleados que se inscriben ahora		Número de dependientes que se inscriben ahora	
Fecha efectiva solicitada para la cobertura		¿Cuántos Formularios de Inscripción del Asegurado para Seguro de Salud de Grupo 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/organización (aparecerá en las facturas y en los documentos)			
Tipo de negocio (clasificación estándar por industria)		Registro Nacional de Contribuyente (RNC)	
Dirección del negocio			
Ciudad		Provincia	
		País	
		Código postal	
Teléfono sede principal		Número de fax	
Correo electrónico		Sitio web	
Dirección postal (si es diferente a la anterior)			
Ciudad		Provincia	
		País	
		Código postal	

SECCIÓN 3
A. Opciones de pago
Seleccione la modalidad de pago: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral
Seleccione el método de pago: <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia bancaria <input type="checkbox"/> 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 asegurados o dependientes, ni pagos en efectivo.

SECCIÓN 4
A. Administración y declaración (debe ser completada por el Administrador de Grupo o su representante autorizado)
Como representante autorizado por el Empleador, certifico por este medio que el negocio que represento emplea a <input type="text"/> 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 Dominicana 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 Dominicana 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 Dominicana S.A.
Estoy de acuerdo en proporcionar una notificación por escrito a Bupa Dominicana 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, 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 Dominicana S.A. si alguna de las representaciones aquí expuestas cesan de ser verdaderas.
B. Representante autorizado por el empleador
Nombres <input type="text"/> Título <input type="text"/>
Apellidos <input type="text"/>
Tipo de documento de identificación <input type="text"/> Número <input type="text"/>

C. Persona Expuesta Políticamente (PEP)	¿El solicitante es una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	¿Tiene parentesco con un PEP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es asociado cercano de un PEP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre del Agente		Código	
Firma del Agente		Fecha	Día/Mes/Año

Nota: El suscrito declara contar con los poderes otorgados por el órgano corporativo correspondiente de la compañía, para suscribir el presente formulario y obligar a el Empleador a los términos y condiciones del mismo.

Bupa Dominicana, S.A.

Av. Winston Churchill No. 1099 • Acropolis Center, 3er Nivel, Piantini • Santo Domingo, República Dominicana Tel: (809) 955 2555 • www.bupasalud.com/MiBupa