

SOLICITUD DE SEGURO DE ASISTENCIA MÉDICA PLAN CORPORATIVO



SECCIÓN 1

A. Opción y Plan de Deducible

Por favor seleccione la cobertura y el deducible que se aplicará para cada asegurado:

Cobertura máxima	US\$	<input type="checkbox"/> Por incapacidad	<input type="checkbox"/> Por año póliza
Deducible (s)	US\$		

SECCIÓN 2

A. Información de la Empresa

Razón Social (aparecerá en las facturas y en los documentos)

Razón Social (aparecerá en las facturas y en los documentos)			
Tipo de Industria		RUC	
Dirección de la Empresa			
Ciudad		Provincia	
		País	
Código Postal		Número de teléfono	
E-mail			
Nombre del Administrador de Grupo			
Número de teléfono		E-mail	

C. Elegibilidad

Número de asegurados que se inscriben ahora		Número de dependientes que se inscriben ahora		Fecha efectiva solicitada para la cobertura	
					DD/MM/AA

SECCIÓN 3

A. Opciones del 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 de 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 Ecuador S.A., Compañía de Seguros ("Bupa Ecuador") 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 Ecuador 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 Ecuador.

Estoy de acuerdo en proporcionar una notificación por escrito a Bupa Ecuador 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. Inmediatamente notificaré a Bupa Ecuador si alguna de las representaciones aquí expuestas cesan de ser verdaderas.

SECCIÓN 4 (CONT.)

B. Información Legal

La empresa contratante que firma este documento declara que toda la entrega de datos personales a Bupa Ecuador que sea efectuada por medio de esta solicitud así como también durante el proceso de contratación de la póliza y en relación con cualquier aspecto relacionado con la gestión/administración de la misma, será realizada en virtud de que la contratante cuenta con la autorización legal, válida y suficiente de sus trabajadores para proporcionar a Bupa Ecuador los datos personales de ellos y de sus dependientes y para extender esa misma autorización a Bupa Ecuador, para que esta última a su vez haga uso de dicha información personal, con sujeción a lo establecido en el correspondiente aviso de privacidad que hubiese sido dado por Bupa Ecuador y supletoriamente con arreglo a lo estipulado en la política de protección de datos personales de Bupa Ecuador, publicada en: <https://www.bupasalud.com.ec/ec-politica-de-privacidad>.

La autorización arriba mencionada faculta a Bupa Ecuador a compartir los mencionados datos personales: con profesionales de la salud, con asesor(es) productor(es) de seguros y demás con compañías que sean filiales de o estén relacionadas con la Compañía; así mismo autoriza a Bupa Ecuador a recabar, de profesionales de la salud y de profesionales farmacéuticos, datos personales adicionales de los trabajadores del contratante y de los dependientes de éstos, en relación con la póliza de seguro emitida por Bupa Ecuador, que les dé cobertura.

En caso de aplicar, la compañía contratante declara que ha sido informada por los Asesores Productores de Seguros de manera amplia y detallada respecto de la contratación del seguro, sobre su alcance real de cobertura y forma de conservarla o darla por terminada.

Finalmente, declaro que la información completada en este documento, así como en el resto de los documentos relacionados con los servicios requeridos es verdadera y completa.

C. 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.

Nota: La cobertura del seguro no es efectiva hasta que Bupa Ecuador someta aprobación por escrito. La cobertura del seguro será efectiva en la fecha especificada por Bupa Ecuador, 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.

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.

SECCIÓN 5: VERIFICACIÓN DE TEXTO

El Asegurado Titular y/o Contratante podrá solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros la verificación de este texto.

Lugar y fecha			
Nombre del Representante Legal / Empresa Contratante		Firma Representante Legal / Empresa Contratante	
Nombre del Agente		Código	

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Solicitud de Seguro el registro No 53817; con Oficio No. SCVS-IRQ-DRS-2021-00042436-O de 25 de agosto de 2021.

Bupa Ecuador S.A.

Av. República de El Salvador N34-229 y Moscú · Ed. San Salvador, Piso 3 · Quito, Ecuador
Tel. (593) 2 396 5600 · www.bupasalud.com · SACecuador@bupalatinamerica.com