

# EVALUACIÓN MÉDICA PARA GRUPOS (GMU) CORPORATIVOS - A PARTIR DE 10 TITULARES



☐ Nuevo Grupo ☐ Adición a Grupo Existente

## SECCIÓN 1- Declaración de solicitud y Autorización

Usted certifica que ha leído y revisado todas las repuestas y declaraciones en este formulario, y que a su mejor entender, están completas y son verdaderas. Usted entiende que cualquier omisión o declaración incorrecta o incompleta puede ser motivo para denegar reclamaciones y para modificar, cancelar o rescindir la póliza. Si cualquiera de los miembros incluidos en este formulario requiere cuidados o tratamiento médico después de haberlo firmado, pero antes de la fecha efectiva de cobertura, usted debe proporcionar los detalles completos a BUPA GUATEMALA, COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. para aprobación final antes de que la cobertura se haga efectiva. Usted está de acuerdo con aceptar los términos y condiciones de la póliza de grupo tal como ha sido emitida. De lo contrario, usted deberá notificar su desacuerdo por escrito a BUPA GUATEMALA, COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. durante los diez (10) días después de haber recibido la póliza.

Al firmar y presentar este formulario, usted reconoce, acepta y otorga su consentimiento para que BUPA GUATEMALA, COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. utilice la información que esta proporcionando incluyendo su información personal, para realizar servicios a los que se refiere la solicitud. Usted acepta y otorga su consentimiento para que BUPA GUATEMALA, COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. utilice esta información personal de acuerdo con los términos de nuestro Aviso de Privacidad publicado en <https://www.bupasalud.com/politica-de-privacidad>. Usted reconoce que si usted está incluyendo la información personal de otras personas con BUPA GUATEMALA, COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. (por ejemplo personas a las que usted representa, personas a ser cubiertas bajo el seguro de grupo, o sus dependientes) usted tiene la autoridad de actuar en nombre de dichas personas, y que ellos le han otorgado a usted su aceptación expresa y su consentimiento con referencia a los términos de nuestro Aviso de Privacidad publicado en <https://www.bupasalud.com/politica-de-privacidad> para el uso de su información personal tal como se describe en el mismo y que es requerida para llevar a cabo los servicios que usted está solicitando.

Asimismo, por este medio autorizo a BUPA GUATEMALA, COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. y sus filiales en Miami para revelar a mi intermediario/agente/agencia de seguro las condiciones de mi póliza, mi certificado de cobertura y otros documentos de seguro, información de pagos, reclamaciones y solicitudes de reembolso, y registros médicos que puedan contener información de mi salud, que les permitirá atender mis preguntas y facilitar la interacción relacionada con mi cobertura de seguro, pagos y reclamaciones. La autorización permanecerá vigente mientras la cobertura esté vigente, incluyendo las renovaciones automáticas.

Nombre del Grupo:		Número de Grupo:	
Nombre del Asegurado Titular:		Edad:	
Nombre del Esposo(a):		Edad:	
Nombre del Hijo(a):		Edad:	
Nombre del Hijo(a):		Edad:	
Nombre del Hijo(a):		Edad:	
Nombre del Hijo(a):		Edad:	
Nombre del Hijo(a):		Edad:	

## SECCIÓN 2 - Cuestionario Médico para Grupos (GMU)

Tenga en cuenta que este formulario no aplica para personas de  $\geq 70$  años, y deberán completar el formulario de selección familiar.

<p>1. ¿Alguno de los miembros a asegurar titular y/o dependientes a ser cubiertos por el plan tiene antecedentes pasados o actuales o que este en vías de investigación a través de estudios diagnósticos de algunas de las siguientes condiciones médicas? En caso de que alguna respuesta sea afirmativa, favor completar el formulario en la siguiente sección. 3.A</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cirrosis hepática</li> <li>• Diabetes Mellitus tipo 1</li> <li>• Diabetes Tipo 2 con complicaciones en otros órganos</li> <li>• Distrofia Muscular</li> <li>• Esclerosis Lateral Amiotrófica</li> <li>• Esclerosis Múltiple</li> <li>• Fibrosis Quística</li> <li>• Insuficiencia Renal Crónica Avanzada</li> <li>• Lupus Eritematoso Sistémico</li> <li>• Miastenia Gravis</li> <li>• Mieloma Múltiple</li> <li>• Obesidad Mórbida</li> <li>• Pancreatitis Crónica</li> <li>• Algún tipo de cáncer, incluyendo tumores cerebrales benignos, tumores malignos en tratamiento y/o metástasis</li> <li>• Desórdenes Cardiovasculares, incluyendo ataque cardíaco, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, aneurismas, etc.</li> <li>• Anomalías/Malformaciones Congénitas</li> </ul>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>2. ¿Alguno de los miembros a asegurar titular y/o dependientes tiene antecedentes actuales y pasados de alguna discapacidad al punto de no poder desarrollar tareas comunes? Si la respuesta es afirmativa, favor completar el formulario en la siguiente sección. 3.B</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>3. ¿Alguno de los miembros a asegurar titular y/o dependientes ha incurrido en gastos médicos por encima de los \$20.000 durante los últimos 2 años? Si la respuesta es afirmativa, favor completar el formulario en la siguiente sección. 3.C</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

### SECCIÓN 3 - Información Adicional

3.A- Detalles de la condición médica del titular y/o dependiente. Favor identificar caso por caso.

	Nombre y apellido del solicitante	Descripción de la condición médica pasada y/o actual	Número de casos con ese diagnóstico	Año de ocurrencia
1				
2				
3				
4				
5				

3.B- Detalles de la discapacidad del titular y/o dependiente. Favor identificar caso por caso.

	Nombre y apellido del solicitante	Descripción de la discapacidad	Fecha de Inicio	Pronóstico
1				
2				
3				
4				
5				

3.C- Detalles de gastos médicos por encima de los \$20.000 durante los últimos 2 años del titular y/o dependiente.  
Favor identificar caso por caso.

	Nombre y apellido del solicitante	Descripción del gasto médico	Número de casos con ese diagnóstico	Monto Reclamado USD
1				
2				
3				
4				
5				

Nombre de la Compañía Contratante:		Fecha:	
Nombre y Apellido del Asegurado Titular:		Firma:	