

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, COMPAÑÍA 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, COMPAÑÍA 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, COMPAÑÍA 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, COMPAÑÍA 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, COMPAÑÍA 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, COMPAÑÍA 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 ≥ 70 años, y deberán completar el formulario de selección familiar.

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

- Cirrosis hepática
- Diabetes Mellitus tipo 1
- Diabetes Tipo 2 con complicaciones en otros órganos
- Distrofia Muscular
- Esclerosis Lateral Amiotrófica
- Esclerosis Múltiple
- Fibrosis Quística
- Insuficiencia Renal Crónica Avanzada
- Lupus Eritematoso Sistémico
- Miastenia Gravis
- Mieloma Múltiple
- Obesidad Mórbida
- Pancreatitis Crónica
- Algun tipo de cáncer, incluyendo tumores cerebrales benignos, tumores malignos en tratamiento y/o metástasis
- Desórdenes Cardiovasculares, incluyendo ataque cardiaco, hipertensión arterial, accidentes cerebrovasculares, aneurismas, etc.
- Anomalías/Malformaciones Congénitas

Sí No

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

Sí No

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

Sí No

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:	

Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

5^a Avenida 5-55, Zona 14 • Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103 • Ciudad de Guatemala PBX: 2300-8000 • www.bupasalud.com

v2023