

# 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 EL SOLICITANTE Y CADA UNO DE SUS DEPENDIENTES							
Nombre del Solicitante y sus Dependientes (Nombres y Apellidos)		Relación con el Solicitante	Estado civil <sup>(1)</sup>	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso	Estatura
Primer nombre      Segundo nombre      Otros nombres		Solicitante		Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lbs    kg    pies    m	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pies    m
Primer apellido      Segundo apellido      Apellido de casada							
DPI o Pasaporte #							
NIT	Lugar de nacimiento						
Primer nombre      Segundo nombre      Otros nombres				Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lbs    kg    pies    m	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pies    m
Primer apellido      Segundo apellido      Apellido de casada							
DPI o Pasaporte #							
Primer nombre      Segundo nombre      Otros nombres				Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lbs    kg    pies    m	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pies    m
Primer apellido      Segundo apellido							
DPI o Pasaporte #							
Primer nombre      Segundo nombre      Otros nombres				Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lbs    kg    pies    m	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pies    m
Primer apellido      Segundo apellido							
DPI o Pasaporte #							
Primer nombre      Segundo nombre      Otros nombres				Día/Mes/Año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> lbs    kg    pies    m	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> pies    m
Primer apellido      Segundo apellido							
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 se solicita cobertura para un recién nacido, por favor responda la siguiente pregunta: ¿Nació como resultado de algún tratamiento de fertilidad, es adoptado o de maternidad subrogada (maternidad a través de una madre de alquiler, donde una mujer acepta, por acuerdo, quedar embarazada con el objetivo de engendrar y dar a luz un niño (o niños) que posteriormente será(n) reconocido(s) como hijo(s) propio(s) de una pareja o de una persona soltera)?  Sí  No

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.

<sup>(1)</sup> **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
<b>Cobertura adicional:</b> Si no se selecciona ninguna cobertura adicional, ninguna será aplicada.			
<input type="checkbox"/> Complicaciones perinatales y del embarazo <sup>(2)</sup>		<input type="checkbox"/> Procedimientos de trasplante <sup>(3)</sup>	
<input type="checkbox"/> Otra			
Fecha efectiva solicitada para la cobertura adicional			Día/Mes/Año

<sup>(2)</sup> Complete el Cuestionario de Maternidad <sup>(3)</sup> 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 extraprima para el Solicitante o cualquiera de sus Dependientes?  Sí  No Si respondió "Sí", favor explicar:

--

### 4. INFORMACIÓN GENERAL DEL SOLICITANTE

(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 del Solicitante en la misma dirección indicada arriba?  Sí  No Si responde "No", complete:

Nombre		Dirección	
Nombre		Dirección	

(4.5) 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

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

Residencia		Trabajo		Fax	
Celular		Correo electrónico			

### 5. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO

Nombre y Apellidos	%	Relación con el Solicitante

### 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?  Sí  No Si respondió "Sí" explique:

Solicitante o Dependiente	Tipo de examen	Fecha	Día/Mes/Año
---------------------------	----------------	-------	-------------

Resultado  Normal  Anormal Si es anormal, favor explicar

Solicitante o Dependiente	Tipo de examen	Fecha	Día/Mes/Año
---------------------------	----------------	-------	-------------

Resultado  Normal  Anormal Si es anormal, favor explicar

Solicitante o Dependiente	Tipo de examen	Fecha	Día/Mes/Año
---------------------------	----------------	-------	-------------

Resultado  Normal  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) Cuestionario médico:

Esta sección debe ser completada con la información médica **del Solicitante y todos sus Dependientes**, considerando todos los antecedentes actuales y pasados. Por favor asegúrese de declarar todo acerca de cualquier condición y síntomas conocidos o sospechosos, incluso si el asesoramiento profesional aún no se ha solicitado. Las condiciones médicas referidas son ejemplos de enfermedades o condiciones agrupadas de acuerdo al aparato o sistema, pero no limitan o excluyen otras relacionadas. Si ya es asegurado de Bupa y desea cambiar su plan de deducible, usted también debe incluir detalles sobre las condiciones de salud. Esta información se enviará a nuestro equipo de suscripción que evaluará los términos de su plan.

1	Desórdenes de los ojos, oídos, nariz, garganta o padecimientos dentales, como: cataratas, glaucoma, retinopatía, deterioro visual, sordera, infecciones recurrentes del oído, amigdalitis, infecciones dentales, caries, problemas con las muelas del juicio o gingivitis, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	---

Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)	
---	--

2	Desórdenes del corazón o del aparato circulatorio, como: hipertensión arterial, colesterol alto, angina de pecho, arritmia, evento vascular cerebral, aneurisma, venas varicosas o trombosis venosa, entre otras.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	---

Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)	
---	--

3	Desórdenes endocrinos (glandulares) o del metabolismo, como: diabetes (tipo 1 o tipo 2), problemas de tiroides, obesidad o síndrome de Cushing, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--	---

Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)	
---	--

4	Desórdenes respiratorios o pulmonares, como: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, bronquitis, tuberculosos o alergias (incluyendo fiebre del heno y anafilaxia), entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	---

Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)	
---	--

5	Desórdenes del esófago, estómago, intestinos, hígado, páncreas o bazo, como: enfermedad por reflujo, gastritis, esofagitis, esófago de Barrett, enfermedades de la vesícula, úlceras, colon irritable, colitis ulcerativa crónica, enfermedad diverticular, hemorroides, pancreatitis, hepatitis, cirrosis, cálculos biliares o hernias, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	---

Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)	
---	--

6	Desórdenes renales o del sistema urinario, como: cálculos renales, insuficiencia renal, infecciones urinarias recurrentes, incontinencia, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--	---

Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)	
---	--

7	Desórdenes musculares o esqueléticos, como: artritis, lumbalgia, padecimientos de la columna vertebral, padecimientos del cuello/hombro, fracturas, esquinces, osteoporosis, gota, padecimientos de las rodillas, del cartílago o ligamentos, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--	---

Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)	
---	--

8	Desórdenes de la sangre, trastornos infecciosos, trastornos inmunológicos, como: análisis de sangre anormales, anemia, hepatitis, VIH/SIDA, malaria, lupus eritematoso sistémico, púrpura trombocitopénica, talasemia, o cualquier trastorno autoinmune, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	---

Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)	
---	--

9	Cáncer, tumores de cualquier tipo o condiciones precancerosas, como: pólipos, crecimientos, nódulos mamarios, quistes o lipomas, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	---

Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)	
---	--

10	Desórdenes de la piel, como: eccema, dermatitis, erupciones cutáneas, psoriasis, acné, quistes, lunares o condiciones alérgicas, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----	---	---

Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)	
---	--

11	Desórdenes cerebrales o del sistema nervioso, como: demencia, migraña, dolores de cabeza frecuentes, parálisis, esclerosis múltiple, epilepsia/crisis convulsivas, neuralgias (incluyendo dolor ciático y el herpes zóster) o meningitis, entre otros.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
----	--	---

Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)	
---	--

## 6. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

12	Desórdenes psiquiátricos o trastornos psicológicos, como: esquizofrenia, trastornos alimenticios, depresión, déficit de atención, ansiedad o dependencia a las drogas o al alcohol, entre otros.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)			
13	Desórdenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)			
14	Cirugía cosmética, como cirugía de aumento/reducción de mama o rinoplastia, entre otras.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)			
15	¿Está actualmente bajo tratamiento médico y/o rehabilitación?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)			
16	¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o está tomando algún medicamento actualmente?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)			
17	¿Alguna cirugía u hospitalización pendiente, u otra enfermedad, desorden, lesión o accidente no mencionado arriba?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)			
18 PREGUNTAS EXCLUSIVAS PARA MUJERES				
a	¿Está embarazada?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la Solicitante y/o Dependiente(s)			
b	¿Ha tenido complicaciones del embarazo? <input type="checkbox"/> Pre-Eclampsia <input type="checkbox"/> Eclampsia			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la Solicitante y/o Dependiente(s)			
c	¿Ha tenido algún embarazo ectópico? Fecha: <span style="float: right;">Día/Mes/Año</span>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la Solicitante y/o Dependiente(s)			
d	¿Ha tenido algún legrado? Fecha: <span style="float: right;">Día/Mes/Año</span>	¿De qué tipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Nombre de la Solicitante y/o Dependiente(s)			
e	¿Ha tenido algún aborto? Fecha: <span style="float: right;">Día/Mes/Año</span>	Causa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Nombre de la Solicitante y/o Dependiente(s)			
f	¿Ha tenido alguna cesárea? Fecha: <span style="float: right;">Día/Mes/Año</span>	Causa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Nombre de la Solicitante y/o Dependiente(s)			
g	¿Ha tenido algún tratamiento de fertilidad/infertilidad? Fecha: <span style="float: right;">Día/Mes/Año</span>	Causa	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Nombre de la Solicitante y/o Dependiente(s)			
h	¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo femenino (ovarios, matriz o glándulas mamarias), como: infección por virus del papiloma, enfermedad inflamatoria pélvica, menstruaciones abundantes o irregulares, fibromas, endometriosis, infertilidad, citologías anormales, ovarios poliquísticos, etc.?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre de la Solicitante y/o Dependiente(s)			
19 PREGUNTA EXCLUSIVA PARA HOMBRES				
a	¿Ha tenido enfermedades de transmisión sexual o desórdenes del sistema reproductivo masculino: prostatitis, hiperplasia prostática benigna, infertilidad y padecimientos de los testículos, glándulas mamarias, entre otros?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Nombre del Solicitante y/o Dependiente(s)			

### (6.4) Explicación de condiciones médicas

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

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. INFORMACIÓN MÉDICA (continuación)

### (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	Hasta	
				Día/Mes/Año	Día/Mes/Año
Solicitante o Dependiente		Nombre del medicamento		Cantidad	
Razón		Frecuencia	Desde	Hasta	
				Día/Mes/Año	Día/Mes/Año
Solicitante o Dependiente		Nombre del medicamento		Cantidad	
Razón		Frecuencia	Desde	Hasta	
				Día/Mes/Año	Día/Mes/Año
Solicitante o Dependiente		Nombre del medicamento		Cantidad	
Razón		Frecuencia	Desde	Hasta	
				Día/Mes/Año	Día/Mes/Año

### (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"/>	
	<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.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com).

## 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 esta solicitud de seguro sea denegada, que los reclamos sean denegados, y/o que la póliza sea rescindida o cancelada. Si cualquiera de los asegurados requiere cuidado o tratamiento médico después de 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 de que la cobertura se haga efectiva. En caso de que la póliza fuese aprobada durante este periodo, la aseguradora se reserva el derecho de modificar las condiciones de aprobación de la póliza y/o la fecha efectiva de la misma. 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.

**Queda entendido y convenido que:** Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S. A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi solicitud son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro.

## 8. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIONES (CONTINUACIÓN)

### 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, contratante 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. La revocación implica que el intermediario de seguro ya no tendrá acceso a nuestra información de salud. 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 calendario 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		Fecha	Día/Mes/Año
Firma		Lugar	
Nombre de Dependiente mayor de edad		Fecha	Día/Mes/Año
Firma		Lugar	
Nombre de Dependiente mayor de edad		Fecha	Día/Mes/Año
Firma		Lugar	

Como Intermediario de Seguros, acepto completa responsabilidad por el envío de esta solicitud y de la prima cobrada, 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

## 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\$
	US\$ 75.00
	US\$
	US\$
	US\$
	US\$

## 10. INFORMACIÓN DE PAGO (CONTINUACIÓN)

¿El pagador de la prima es distinto al asegurado principal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Cheque de caja <input type="checkbox"/> Cheque personal <input type="checkbox"/> Giro bancario
<b>NO ENVIAR EFECTIVO.</b> El pago debe ser emitido a nombre de Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria <input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> 
Número de tarjeta de crédito	Fecha de expiración
Cantidad a debitar: US\$	Cuotas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección del Tarjetahabiente (donde recibe el estado de cuenta):	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12
Teléfono del Tarjetahabiente	Firma del Tarjetahabiente

Débito automático para renovaciones futuras: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Al firmar, autorizo las deducciones automáticas para las futuras renovaciones.</p>

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 368-2018 del 16 de febrero de 2018, registro que no prejuzga sobre el contenido del mismo. Este formulario cumple con todos los requisitos establecidos en el IVE-ASR-32.

**Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.**

5ª Avenida 5-55, Zona 14

Europiazza World Business Center

Torre III, Nivel 11, Oficina 1103

Ciudad de Guatemala

PBX: 2300-8000

[www.bupasalud.com](http://www.bupasalud.com)

[ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com](mailto:ServicioGuatemala@bupalatinamerica.com)