

SOLICITUD DE CAMBIOS EN LA PÓLIZA INDIVIDUAL DE GASTOS MÉDICOS MAYORES



1. TITULAR

Nombre	Apellidos		Nombre(s)	
No. de póliza				

2. DETALLE DEL CAMBIO SOLICITADO

Cambio del plan *Disponibilidad del cambio únicamente en aniversario

Plan actual		Plan solicitado	
-------------	--	-----------------	--

Requisitos: En caso de que se requiera un deducible menor o que los beneficios aumenten, es necesario adjuntar la solicitud de Gastos Médicos Mayores completamente completado y documentos requeridos por la compañía.

Cambio de forma de pago *Disponibilidad del cambio únicamente en aniversario

☐ Anual ☐ Trimestral ☐ Semestral

Cambio datos de facturación

Nombre	Apellidos		Nombre(s)	
--------	-----------	--	-----------	--

Dirección				
-----------	--	--	--	--

R.U.C.		
--------	--	--

Cambio de domicilio

Dirección				
-----------	--	--	--	--

Provincia		Ciudad		País	
-----------	--	--------	--	------	--

Baja de dependientes

Nombre	Apellidos		Nombre(s)		Fecha de nacimiento	DD / MM / AA
Nombre	Apellidos		Nombre(s)		Fecha de nacimiento	DD / MM / AA

Cancelación de la póliza (marque con una "X") ☐

Motivos

Nota: El reembolso de las primas se realizará de acuerdo a lo establecido en las condiciones generales de su póliza

Cancelación o adición de beneficios (Por favor, adjunte cuestionarios de maternidad y/o trasplante)

☐ Endoso de maternidad y/o trasplante ☐ Trasplante de órganos ☐ Eliminación de deducible

3. CORRECCIONES A LA PÓLIZA

En este punto debe indicarnos si alguno de los datos solicitados esta incorrecto, por ejemplo la fecha de nacimiento, nombre del titular o algún dependiente, el plan elegido, la vigencia, etc.

4. ADICIÓN DE DEPENDIENTES (PARA MATERNIDAD CUBIERTA)

Especificar si el embarazo fue mediante reproducción asistida. Por favor adjunte certificado y/o acta de nacimiento.

Nombre del dependiente						
Fecha de nacimiento		Peso		Talla		Reproducción asistida: ☐ Sí ☐ No
Nombre del dependiente						
Fecha de nacimiento		Peso		Talla		Reproducción asistida: ☐ Sí ☐ No
Nombre del dependiente						
Fecha de nacimiento		Peso		Talla		Reproducción asistida: ☐ Sí ☐ No

5. AVISO DE PRIVACIDAD

BUPA GUATEMALA, COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A. (en adelante “la Aseguradora”), de conformidad con lo dispuesto por la ley, emite el presente Aviso de Privacidad en los siguientes términos:

La Aseguradora, con domicilio en la 5ª Avenida 5-55, Zona 14, Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103, Ciudad de Guatemala, hace de su conocimiento que tratará los datos personales que usted proporcione con identificación de los datos sensibles, para los fines indicados en el presente Aviso de Privacidad.

El tratamiento de datos personales del Asegurado Titular y/o Contratante, incluyendo los datos personales sensibles que en su caso lleguemos a recabar, y salvo que el Asegurado Titular y/o Contratante disponga lo contrario, tiene como finalidad el desarrollo de nuevos productos y servicios, asesoría, comercialización, promoción, contratación y colocación de todo tipo de productos de seguros contratados por usted o la empresa que representa y otras obligaciones derivadas de cualquier relación jurídica, y comercial entre el Asegurado Titular y/o Contratante y la Aseguradora, para:

1. La evaluación de su solicitud de seguro y selección de riesgos y, en su caso, la emisión del contrato de seguro, trámite de solicitudes de pago de siniestros, administración, mantenimiento y renovación de la póliza de seguro, prevención de fraude y operaciones ilícitas, información estadística, evaluar la calidad en el servicio, informarle de todos los beneficios de su póliza, otorgarle los servicios que puede usted obtener por la descarga de aplicaciones tecnológicas (“Apps”) en su(s) aplicativo(s) móvil(es) (“apps”), así como para todos los fines relacionados con el cumplimiento de nuestras obligaciones de conformidad con lo establecido en el propio contrato, la ley, y compartir su información con los intermediarios de seguro de acuerdo a las necesidades derivadas del cumplimiento del contrato.
2. Hacer de su conocimiento la gama de nuevos productos y servicios, así como beneficios, descuentos, promociones, estudios de mercado, sorteos, notificaciones sobre cambio en condiciones y en general toda la publicidad derivada de los servicios que ofrece la Aseguradora y/o las empresas afiliadas y subsidiarias.
3. Análisis de uso de nuestros productos y servicios.
4. El cumplimiento de nuestros términos y condiciones en la prestación de nuestros servicios.

Los datos sensibles que se pudieran recabar podrán ser utilizados para la identificación de riesgo en la contratación y diseño de productos de seguros.

Desde este momento por la contratación de los servicios que la Aseguradora ofrece, o por una simple solicitud o cotización de dichos servicios, se entiende que usted, titular de los datos tanto personales como sensibles, al momento de firmar el presente Aviso de Privacidad, está otorgando de manera expresa su consentimiento para la transmisión de dichos datos a:

5. AVISO DE PRIVACIDAD (CONTINUACIÓN)

1. Las empresas afiliadas y subsidiarias o socios comerciales de la Aseguradora, a nivel internacional.
2. Terceros proveedores de servicios para el cumplimiento de las obligaciones legales adquiridas por la Aseguradora, o por cualquiera de las empresas afiliadas y subsidiarias, incluyendo los proveedores de servicios de investigación, análisis de datos, envío de información enfocada a las necesidades del titular de los datos personales, así como en la realización de otros servicios financieros necesarios o requeridos por el titular de los datos personales. Los terceros y las entidades receptoras de datos personales asumen las mismas obligaciones y/o responsabilidades de la Aseguradora, de conformidad con lo descrito en el presente Aviso de Privacidad.
3. Autoridades nacionales y extranjeras con la finalidad de dar cumplimiento a nuestras obligaciones derivadas de leyes o tratados internacionales como institución de seguros, obligaciones tributarias, así como para el cumplimiento de notificaciones o requerimientos oficiales.
4. Autoridades competentes nacionales y extranjeras, con la finalidad de dar cumplimiento a la ley, notificaciones, requerimientos u oficios de carácter judicial.
5. Instituciones, organizaciones o entidades del sector asegurador, para fines de prevención de fraude y selección de riesgos.

El ejercicio de los derechos de acceso y rectificación, deberán realizarse por escrito en la 5ª Avenida 5-55, Zona 14, Europlaza World Business Center, Torre III, Nivel 11, Oficina 1103, Ciudad de Guatemala, o a través de un correo electrónico enviado a la dirección privacidad@bupalatinamerica.com; cualquiera que sea el medio de su elección, el responsable de sus datos personales se pondrá en contacto con usted. Los datos que se recaban por este medio serán tratados conforme a las disposiciones previstas en la ley, o las leyes que la reemplacen, subroguen o modifiquen. La confidencialidad de estos datos está garantizada y protegida para evitar su uso o divulgación indebida.

He leído y me doy por enterado de este Aviso de Privacidad; de igual forma, estoy de acuerdo en todos sus terminos.

Por medio del presente formulario, el contratante solicita a Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. que aplique los cambios solicitados a la relación contractual. Así mismo, el contratante conviene que el presente formulario formará parte de la documentación contractual de su póliza y dichas modificaciones solicitadas tendrán vigencia una vez que la compañía las acepte y las haga constar en su póliza.

6. FIRMA

Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho de aceptar los cambios planteados en la presente solicitud.

Firma del Titular		Fecha	DD / MM / AA
Correo electrónico			

Bupa Guatemala, Compañía de Seguros, S.A.

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