



ÍNDICE

06	INTRODUCCIÓN						
10	PRODUCTOS "GLOBAL HEALTH PLANS"						
11 12 13	a. Resumen de productos.b. Beneficios con periodos de espera.c. Segunda opinión médica "Expert Opinion"						
14	ADMINISTRACIÓN DE PÓLIZAS "GLOBAL HEALTH PLANS"						
15	a. Nuevos Negocios.						
	i. Cómo emitir un nuevo negocio.						
16	ii. Elegibilidad.						
17	iii. Solicitud de seguro de gastos						
	médicos mayores individual.						
19	iv. Identificación del cliente.						
20	v. Evaluación de riesgos.						
28	b. Cambios a póliza.						
	i. Cómo solicitar un cambio a una póliza.						
29	ii. Cambio de plan y/o deducible.						
35	iii. Cambio de forma de pago.						
36	iv. Cambio de agente.						
	v. Cambio de contratante.						
37	vi. Correcciones de nombre,						
	fecha de nacimiento y domicilio.						
	vii. Cambio de país de residencia.						

38	viii. Adición de dependientes.
39	ix. Baja de un asegurado.
41	x. Cancelación de póliza.
42	c. Cobranza y facturación.
	i. Cómo realizar el proceso de pago de una póliza.
43	d. Rehabilitación de una póliza.
45	e. Renovaciones.
46	SINIESTROS
46	SINIESTROS
47	a. Cómo presentar una reclamación.
48	b. Pago directo.
	i. Autorizaciones de servicios médicos
	en Ecuador y el resto del mundo.
50	ii. Hospitalizaciones de emergencia.
	iii. Atención dentro de EE.UU. a través de "Blue Cros
	Blue Shield Global".
52	iv. Segunda opinión médica "Expert Opinion".
54	c. Reembolso.
	i. Gastos erogados en territorio nacional.
56	ii. Gastos erogados en territorio internacional.
	SERVICIO PARA AGENTES DE SEGUROS
58	SERVICIO PARA AGENTES DE SEGUROS
59	a. Servicio al cliente.
60	b. Pago de comisiones.
61	c. Portal Bupa del agente.
64	d. Bupa es más.

C





Este manual está diseñado para proporcionar un resumen de las políticas y procedimientos de los servicios de Bupa Ecuador.

Incorporando información en una guía de uso sobre productos, administración de pólizas, siniestros y servicios a agentes de seguros de Bupa Ecuador.

El uso adecuado de este manual nos ayudará a brindar un mejor servicio, obteniendo como resultado la optimización de su tiempo y recursos.

Este manual es un documento informativo que sirve como guía para facilitar los distintos trámites con Bupa Ecuador, sin embargo, en caso de discrepancia en todo momento prevalecerá el contrato del seguro y la ley vigente, según sea el caso.



Ser líder mundial del cuidado de la salud, y desarrollar nuestra empresa ofreciendo soluciones ideales y de alta calidad que satisfagan las necesidades de nuestros clientes.

Nuestro **Propósito**

"Vidas más largas, sanas y felices"

VISIÓN ESTRATÉGICA BUPA 2020

Bupa 2020 es nuestra visión estratégica y define cómo vamos a lograr nuestro propósito distintivo e inspirador "vidas más largas, sanas y felices" para el beneficio de los asegurados y la sociedad en general.

Nuestro Rol

Ser un aliado en el cuidado de la salud, proveyendo experiencia para la vida.

VALORES

Nuestros valores centrales aseguran que la marca Bupa inspire confianza y respeto. Los valores centrales de Bupa son los principios en los que creemos, los cuales se reflejan en lo que hacemos a diario.

APASIONADOS

Estamos llenos de energía e inspiración.

Nos gusta lo que hacemos y porqué lo hacemos. Apreciamos a nuestros clientes

COMPRENSIVOS

Somos generosos y humanos.

Tratamos a las personas con respeto y amabilidad. Nos preocupamos de todo y cuidamos de todos.

AUTÉNTICOS

Fieles a nosotros mismos. Francos y honestos. Decimos lo que pensamos y pensamos lo que decimos.

RESPONSABLES

Cumplimos siempre. Nos involucramos. Hacemos de proyectos realidades.



Buscamos nuevas ideas y diferentes puntos de vista. Compartimos sin reserva. Escuchamos y comprendemos de verdad. Aspiramos a la diversidad.

VALIENTES

Actuamos con coraje. Nos atrevemos a probar. Expresamos nuestra opinión.

EXTRAORDINARIOS

Vamos más allá.
Damos lo mejor de
nosotros mismos.
Siempre proporcionamos
resultados excepcionales,
grandes y pequeños.



a. Resumen de **productos**









ULTIMATE

ELITE

PREMIER

SELECT

	ULTIMATE	ELITE	PREMIER	SELECT			
Cobertura	Mundial						
Red: • Estados unidos	Libre e	lección	Red Blue Cross Blue Shield	Red de proveedores preferidos			
Resto del mundo		Libre e	lección				
Nacional		Libre e	lección				
Suma asegurada	Ilimitada	7,000,000	5,000,000	2,000,000			
Deducible	\$0 \$1,000	\$250 / \$5,000 \$2,000 \$3,500	\$250 / \$5,000 \$2,000 \$5,000	\$250 / \$5,000 \$2,000 \$5,000			
Deducible por accidente	Eliminación de deducible durante el año póliza en que ocurrió el accidente						
Maternidad	100% (solo con \$0 y \$ 1,000 de deducible)	\$15,000 (solo con \$250/ \$5,000 y \$2,000 de deducible)	\$7,000 (solo con \$250/ \$5,000 y \$2,000 de deducible)	Sin cobertura			
Cobertura costo cero para niños por padre asegurado máximo dos hijos	Dos hijos gratis por padre asegurado, hasta los 16 años de edad	Dos hijos gratis por padre asegurado, hasta los 10 años de edad	Tarifas con descuento para 1, 2 y 3 o más hijos				
Cuidados preventivos	Si						
Segunda opinión médica	Si						
Dependientes en la póliza	Si						

Cifras expresadas en dólares americanos.

Las condiciones generales de cada uno de nuestros productos "Global Health Plans" se encuentran disponibles en www.bupasalud.com.ec sección seguros médicos.

b. Beneficios con periodo de espera

	ULTIMATE	ELITE	PREMIER	SELECT		
Maternidad*	60 días					
Ortodoncia no estética	12 meses		Sin cober	tura		
Restauración dental mayor no estética		6 me	eses			
Cirugía por obesidad		24 m	neses			
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)		12 m	eses			
Condiciones preexistentes declaradas libre de síntomas, signos o tratamientos durante 5 años antes de la fecha efectiva						
Condiciones preexistentes declaradas y presenten síntomas, signos o tratamientos durante 5 años previos de la fecha efectiva	24 meses					
BENEFICIOS PREVENTIVOS CON PEI	RIODO DE ESF	PERA				
Examen de salud general, 1 por año por asegurado	10 meses					
Examen dental preventivo	6 meses					

^{*}El periodo de espera de maternidad se calcula con base en la fecha probable del parto, incluyendo estudio médico que lo compruebe.

Las condiciones generales de cada uno de nuestros productos "Global Health Plans" se encuentran disponibles en www.bupasalud.com.ec

c. Segunda opinión médica "Expert Opinion"

Ventajas de la segunda opinión médica "Expert Opinion"

- 1. Este servicio se brinda a través de "Advance Medical", empresa independiente de Bupa Global, lo que demuestra que Bupa Global no tiene ningún interés en que usted elija a un médico o siga un tratamiento específico. El interés de Bupa Global consiste en ayudarlo a tomar la mejor decisión para su salud.
- 2. Cada caso es manejado por un gerente médico en Bupa Global y un gerente médico en "Advance Medical".
- **3.** El comité asigna hasta tres especialistas por caso, lo que quiere decir que usted recibirá una segunda, tercera y hasta una cuarta opinión médica.
- **4.** Los especialistas asignados son médicos de renombre internacional, eminencias en su área de trabajo, investigadores científicos que escriben artículos en prestigiosas publicaciones del sector y están a la vanguardia del tratamiento de su condición específica.
- **5.** Todos los asegurados de Bupa Global pueden recibir este servicio aunque no tengan la condición cubierta en su seguro médico Bupa Global (por favor, consulte la cobertura y condiciones de su póliza).
- **6.** El servicio "Expert Opinion" no tiene ningún costo para usted y, además, Bupa Global cubre los gastos de traducción de documentos que sean necesarios.





a. Nuevos negocios

i. CÓMO EMITIR UN NUEVO NEGOCIO

- 1. Elegibilidad. Revisar la sección de elegibilidad* para saber si el solicitante cumple los requisitos.
- *Véase página 16
- **2. Llenado de solicitud.** Deberá llenar detalladamente y de ser el caso, declarar todas las condiciones médicas preexistentes en la solicitud de seguro de gastos médicos mayores individual "Global Health Plans" y deberá estar firmada por el asegurado titular y/o contratante.
- **3.** Identificación del cliente. Deberá reunir toda la documentación de acuerdo a lo establecido en el artículo 14 de la norma vigente para instituciones del sistema de seguro privado sobre prevención de lavado de activos, financiamiento del terrorismo y otros delitos. (Política Conozca a su cliente).
- **4. Entrega de solicitud y documentos.** Podrá enviar un correo electrónico a *emisionesecuador@bupalatinamerica.com*, adjuntando la solicitud de gastos medicos mayores individual "Global Health Plans" y los respectivos anexos de "Conozca a su cliente".

Le recordamos que es indispensable entregar en original la solicitud de gastos médicos mayores individual "Global Health Plans", en las oficinas de Bupa Ecuador.

5. Digitalización de documentos. Una vez recibidos los documentos, Bupa Ecuador revisará que los documentos estén completos y digitalizará toda la información al sistema.

En caso de documentos incompletos o pendientes por enviar, se mantendrá como pendiente hasta un plazo no mayor a **90 días continuos** a partir de la fecha de firma de la solicitud de gastos médicos mayores individual.

- **6. Captura de Información.** Se asigna un número de póliza el cual es enviado automáticamente vía correo electrónico al agente. En este proceso se revisan los antecedentes de cada solicitante y la póliza se asigna a evaluación.
- 7. Evaluación. Realiza evaluación de riesgos, la evaluación de riesgo se realizará únicamente cuando el asegurado solicite coberturas más amplias a las mínimas establecidas en la "Ley Orgánica que regula a las Compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y a las de Seguros que oferten cobertura de seguros de asistencia médica". En caso de requerir información médica adicional. enviará correo electrónico con el detalle de la información complementaria requerida.
- **8. Impresión.** Realiza impresión y armado de la póliza.
- **9. Envío.** Realiza el envío de la póliza al agente.

El tiempo promedio para la emisión de una póliza para nuevo negocio es de **7 días hábiles**, sin considerar el tiempo de respuesta del agente de aquellos casos que se requiera información médica adicional o la documentación ingresada sea incompleta o errónea.

La póliza original será enviada al agente en un promedio de **24 a 48 horas hábiles** dependiendo de su ubicación geográfica.

El kit de póliza nueva incluye:

- Guía de bienvenida.
- Condiciones generales.
- Carta de bienvenida.
- Carátula.
- Condiciones especiales (si aplica)
- Endosos (si aplica).
- Tarjeta ID Bupa.

ii. ELEGIBILIDAD

- La póliza solamente puede ser emitida a residentes del territorio de la República de Ecuador con una edad mínima de 18 años cumplidos para poder contratar, por lo que no está disponible a personas que residen permanentemente en el extranjero.
- Contratante: puede ser persona natural o jurídica y es quien firma la solicitud de seguro para obtener la cobertura y quien se obliga al pago de la prima.
- **Titular:** siempre es una persona física con una edad mínima de 18 años.

• Los asegurados con visa de trabajo, visa de estudiante u otro tipo de estadía temporal en otro país pueden recibir cobertura bajo ciertas condiciones siempre y cuando se reúnan los requisitos de elegibilidad antes mencionados y se declare su residencia temporal en el extranjero a Bupa mediante un **formulario** de declaración de residencia, acompañado de copia de la visa, pasaporte y carta de la universidad, colegio o empresa indicando el tiempo que durarán sus estudios o trabajo.



iii. **SOLICITUD DE** SEGURO DE GASTOS MÉDICOS MAYORES INDIVIDUAL

Esta solicitud debe ser usada para nuevos negocios, adición de dependientes y cambios de plan que pasen por evaluación.* Es necesario que cada uno de los puntos de la solicitud sean llenados en su totalidad y entregada en original.

*Véase página 20

• **Contratante:** complete toda la información solicitada de la persona natural o jurídica, información general del asegurado titular y dirección del contratante y asegurado titular.

- Cuestionario médico: esta sección debe ser completada con la información médica de todos los integrantes de la póliza. Asegúrese de declarar todo acerca de cualquier condición y síntomas conocidos o sospechosos. La información proporcionada en el cuestionario médico debe ser veraz y completa. En caso de no declarar condiciones preexistentes Bupa Ecuador se reserva el derecho de rescindir de pleno derecho el contrato de seguro.
- Elija su plan: elección del producto y deducible a contratar.
- Beneficiario: será la persona que recibirá pagos de reclamos pendiente o prima no devengada en caso de fallecimiento del titular. Aplica de acuerdo con los procesos legales correspondientes.



- está disponible en www.bupasalud.com.ec ingrese a mi bupa / agentes / servicios en línea con su id de usuario y clave, en el apartado de "opciones" dar clic en "tarifas, formas y cuestionarios".
- **Detalle sobre su pago:** existen 3 modalidades de pago; cheque, transferencia bancaria y cargo a tarjeta de crédito.
- Consentimiento: en esta sección está incluido el aviso de privacidad, el consentimiento a su médico para compartir información médica y firmas del asegurado titular y/o contratante. Es importante contar con la firma en todos los espacios requeridos, lo más parecida a la firma de la identificación oficial vigente proporcionada.

iv. **Identificación** del cliente

Los datos mínimos que deben obtenerse en toda relación contractual para realizar la debida diligencia básica de una **Persona Natural** son:

- Formulario de vinculación "Conozca a su cliente persona natural" debidamente lleno y firmado, tanto del titular como del contratante y pagador.
- Todos los documentos señalados en el formulario.
- Cualquier otro dato que se estime conveniente para determinar la identidad del contratante y/o asegurado.

Persona jurídica:

- Formulario de vinculación "Conozca a su cliente persona jurídica" debidamente completado y firmado, tanto del titular como del contratante y pagador.
- Todos los documentos señalados en el formulario.
- Cualquier otro dato que se estime conveniente para determinar la identidad del contratante y/o asegurado.

Los agentes de seguros deberán verificar la veracidad de la información suministrada en el formulario "conozca a su cliente" y cotejar los originales contra las copias de cada uno de los documentos que se entreguen a Bupa Ecuador. La confirmación de haberlo realizado, quedará consignada en el formulario "conozca a su cliente" a través de su firma y sello.



v. **EVALUACIÓN** DE RIESGOS

Una vez ingresada y validada la solicitud de gastos médicos mayores se dará inicio al proceso de análisis de los antecedentes médicos declarados para valorar adecuadamente el riesgo y estar en posición de brindar la mejor oferta de cobertura al cliente. Por lo anterior, le recordamos responder de forma detallada cada pregunta contenida en la **sección del cuestionario médico** de la solicitud.



Se recomienda que cuando un asegurado declara antecedentes médicos, se anexen desde un principio los cuestionarios y/o informes médicos correspondientes, siempre y cuando el asegurado solicite una cobertura mayor a la establecida en la ley.

En algunos casos se puede necesitar información adicional, así como cuestionarios y expedientes médicos, para brindar una mejor cobertura.

Derivado de la evaluación de riesgos, la póliza podrá aprobarse de manera estándar, con extraprima, o bajo el beneficio máximo de Ley para preexistencias declaradas.

Las opciones de cobertura son:

• Estándar: sin restricciones, salvo los límites establecidos en las condiciones generales del producto contratado.

*Véase página 22

- Beneficio de ley: cobertura de acuerdo a la Ley Orgánica que regula las Compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de asistencia médica: 20 salarios mínimos unificados con un periodo de espera de 24 meses.
- Incremento de deducible: esta opción permite que se aplique un deducible adicional cada año de la póliza o una vez durante la vida de la misma. Es importante considerar que este deducible es adicional al deducible contratado para la póliza y aplica únicamente cuando el asegurado lo solicita para un padecimiento específico y/o una cobertura más amplia a la que otorga el beneficio de ley, por lo anterior, el deducible anual regular no se verá afectado por haber cubierto total o parcialmente este deducible adicional.

Cualquier restricción en la póliza puede ser revisada en la fecha aniversario, siempre y cuando se entregue información médica actualizada y que demuestre un cambio favorable en la condición médica del asegurado. Para iniciar el proceso se tiene que llenar el **formulario de solicitud para revisión de exclusiones y/o limitaciones,** así como agregar los estudios de laboratorio y exámenes médicos no mayor a 6 meses y estudios de imagen no mayor a 1 año.

Lo anterior, no garantiza una modificación en la condición de la restricción.



Condiciones preexistentes declaradas en la solicitud

- Estarán cubiertas inmediatamente cuando el asegurado haya estado libre de síntomas, signos o tratamiento durante un período de 5 años antes de la fecha efectiva de la póliza, a menos que sean limitadas al menor de los beneficios.
- Estarán cubiertas después de 2 años de la fecha del inicio de vigencia, cuando el asegurado presente síntomas, signos o tratamiento en cualquier momento durante un período de 5 años previos a la fecha del inicio de vigencia, a menos que sean limitadas al menor de los beneficios.
- Las preexistencias especificadas en las condiciones particulares estarán cubiertas después de un período de carencia de 24 meses contados a partir de suscripción del presente endoso o para nuevos asegurados.

Condiciones preexistentes no declaradas en la solicitud

• Las condiciones que son omitidas o declaradas con falsedad o inexactitud, pero son conocidas por el asegurado al momento de llenar la solicitud de seguro, nunca estarán cubiertas durante el tiempo en que la póliza se encuentre en vigor. Además, Bupa se reserva el derecho de rescindir el contrato de seguro con base en dicha omisión, falsa o inexacta declaración por parte del asegurado de conformidad con la Ley Orgánica que regula las Compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de asistencia médica.



Revisión de la póliza

Una vez emitida la póliza después de la evaluación de riesgo inicial es obligación del cliente revisar y suscribir la póliza enviando el documento firmado a su agente de seguros o a Bupa Ecuador.

Guía de condiciones médicas para la evaluación de riesgos

A continuación se enlistan algunas de las condiciones médicas más frecuentes consideradas para la evaluación de riesgos.

Condiciones médicas estándar

La siguiente es una lista parcial de condiciones médicas, cirugías o tratamientos que cuando no se encuentran asociados con cualquier otra enfermedad pueden resultar en una aprobación estándar.

- Amigdalectomía.
 - (Sin complicaciones y habiendo transcurrido más de 6 meses).
- Apendicectomía.
 - (Sin complicaciones y habiendo transcurrido más de 6 meses).
- Astigmatismo.
- Cesárea sin complicaciones.
- Circuncisión.
- Cirugía cosmética.
- Fracturas simples y sin cirugía.
 (Habiendo trascurrido 2 años, sin complicaciones o material de fijación).
- · Gastroenteritis.
- Hepatitis A.
- Histerectomía.
 - (Habiendo transcurrido por lo menos un año y con patología benigna).
- Infecciones de vías urinarias. (Aisladas y sin recurrencias).
- Otitis.
- Rinitis.
- Terapia de reemplazo hormonal por menopausia.
- Vasectomía.

Los padecimientos anteriores se dan a manera de ejemplo, sin embargo, del resultado final de la evaluación de riesgo pueden modificarse en las condiciones de aprobación.

Condiciones médicas crónicas o de alto riesgo

Cada caso es evaluado individualmente y de manera cuidadosa con base a la documentación médica remitida. La oferta de cobertura a proponer dependerá del diagnóstico, evolución y pronóstico de la condición médica.



La siguiente **lista parcial** de condiciones médicas crónicas o de alto riesgo requieren cuestionario e información médica adicional, los cuales deben ser llenados por el médico tratante:

- Asma: se solicitará remitan el cuestionario de asma y enfermedades pulmonares con sus anexos completos (radiografía de tórax con validez de un año, espirometría).
- Convulsiones: se requerirá del envío de una historia médica completa o cuestionario de convulsiones con sus anexos completos (electro encefalograma, resonancia magnética).
- Diabetes mellitus tipo 2: cuestionario de diabetes, con sus anexos completos (química sanguínea de 24 elementos, examen general de orina, hemoglobina glucosilada, todos con validez no mayor a 6 meses).

- Enfermedades cardíacas e hipertensión: historia médica completa o cuestionario de enfermedades cardíacas e hipertensión con sus anexos completos (tomas de presión arterial, trazo EKG e interpretación detallada con validez no mayor a 12 meses, reporte de radiografía de tórax, estudios de laboratorio ambos con validez no mayor a 6 meses).
- Gastritis y úlceras pépticas: se requerirá envíen el cuestionario de enfermedades esófago gastroduodenales detalladamente requisado y con sus anexos completos (endoscopia, biopsia, determinación de helicobacter pylori).

Los cuestionarios antes mencionados están disponibles en www.bupasalud.com.ec ingrese a mi bupa / agentes / servicios en línea con su id de usuario y clave, en el apartado de "opciones" dar clic en "tarifas, formas y cuestionarios".

Las siguientes son algunas otras condiciones médicas crónicas o de alto riesgo que no requieren cuestionario pero se requerirá algún estudio de laboratorio y/o información médica:

• Cáncer: podrán ser aprobados bajo cobertura mínima de Ley para cáncer y metástasis, sin embargo, si el solicitante está en remisión por un periodo de 10 años puede ser evaluado para ofrecer una mejor cobertura, para ello se requiere historia médica, resultados histopatológicos, evolución y alta oncológica definitiva.



- **Desórdenes de la próstata:** se solicitará historial médico completo del padecimiento y reporte de estudios diagnósticos que avalen el estado de salud actual.
- Desórdenes de las mamas: se solicitará historial médico completo del padecimiento, reporte de última mastografía y biopsia.
- **Hepatitis:** solicitantes con historia de hepatitis "A" serán aprobados estándar. Los solicitantes con hepatitis "B" se someterán a valoración de riesgo detallada requiriéndose una historia médica completa del padecimiento y estudios diagnósticos de control. Los casos de hepatitis "C", hepatitis crónica persistente, crónica activa y crónica agresiva serán aprobados bajo cobertura mínima de ley.
- Osteoporosis / osteopenia: se requiere reporte de densitometría reciente. No mayor a 6 meses.
- **Sobrepeso:** solicitantes mayores a 18 años con un índice de masa corporal entre 35 y 39 se requerirá química sanguínea de 24 elementos, hemoglobina glucosilada y electrocardiograma todos no mayores a 6 meses.



Condiciones médicas con cobertura de acuerdo a Ley Orgánica que regula las Compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de asistencia médica

La siguiente es una lista parcial sobre las condiciones médicas preexistentes que serán cubiertas de acuerdo a la Ley Orgánica que regula las Compañías que financian servicios de atención integral de salud prepagada y a las de seguros que oferten cobertura de asistencia médica. Estas condiciones afectan múltiples órganos y sistemas y son reconocidas como progresivas, crónicas y de alto riesgo:

- Cirrosis hepática.
- Diabetes mellitus tipo I, o insulinodependiente.
- Distrofia muscular congénita.
- Esclerosis lateral amiotrófica.
 (Enfermedad de Lou Gehrig).
- Esclerosis múltiple.
- Espondilitis anquilosante.
- Fibrosis quística.
- · Insuficiencia renal crónica.
- · Lupus eritematoso sistémico.
- Miastenia gravis.
- · Neurofibromatosis.
- Obesidad mórbida.
- · Pancreatitis crónica.
- Púrpura trombocitopénica autoinmune.
- Síndrome antifosfolípidos.



b. Cambios a póliza

i. **CÓMO SOLICITAR** UN CAMBIO A UNA PÓLIZA

- **1. Solicitud del servicio.** Para realizar cualquier cambio a una póliza se deberá solicitar **por escrito** y enviar junto con los documentos adicionales requeridos, así como los documentos adicionales requeridos, dependiendo del tipo de cambio a *emisionesecuador@bupalatinamerica.com* quien asignará la solicitud al área correspondiente.
- 2. Cambios. El área de captura y evaluación realizarán los cambios solicitados.
- 3. Impresión. Una vez realizado el cambio se asigna al área de impresión.
- **4. Envío**. Realiza el envío del documento correspondiente al cambio solicitado al agente.

El tiempo promedio para realizar un cambio es de **5 días hábiles y de 24 a 48 horas hábiles** de envío al agente dependiendo de su zona geográfica.

Toda solicitud de cambios debe ser por **escrito** y firmada por el contratante.



A continuación se indica en qué momento se puede realizar los cambios y también aquellos que requieren documentación adicional:

САМВІО	MOMENTO	REQUISITOS ADICIONALES	
Cambio de plan	R	•	
Forma de pago	1	•	
Cambio de agente	1	•	
Contratante	I	•	
Correcciones	I	•	
País de residencia	I	•	
Cancelación	1		

R: Renovación I: Intervigencia

ii. CAMBIO DE **PLAN Y/O DEDUCIBLE**

La Gama de productos que pueden pasar a "Global Health Plans":

- Bupa Care.
- Essential.

Se pueden realizar los cambios de plan dentro de los siguientes **30 días** de la fecha aniversario de la póliza y se deberá notificar a la compañía antes de la fecha de renovación.

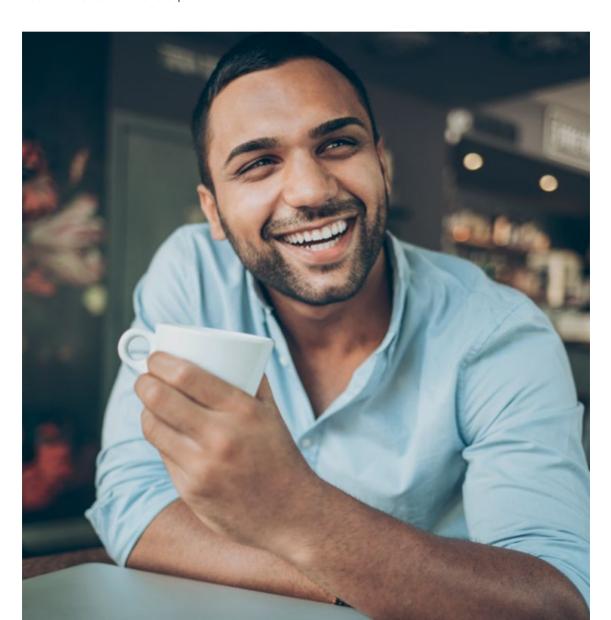


El trámite podrá ser ingresado con un máximo de **30 días** anteriores a la fecha de aniversario.

Existen cambios de producto que son automáticos (A) y cambios que pasan por evaluación de riesgos (U). El criterio depende del producto y deducible a contratar.

Se requiere presentar solicitud de gastos médicos mayores individual de "Global Health Plans" para realizar el cambio de plan.*

*Véase página 17



Se integra en la póliza el endoso de cobertura continua:

- Durante los primeros **30 días** se limitará la cobertura ambulatoria al menor de los beneficios, excepto accidentes y enfermedades de origen infeccioso.
- Durante los primeros **90 días** se limitará la cobertura hospitalaria al menor de los beneficios, excepto accidentes y enfermedades de origen infeccioso.
- En caso de no haber gasto en la póliza previa, durante los primeros 30 días se limitará la cobertura al menor de los beneficios para recién nacido, trasplante y congénitos, en tratamientos ambulatorios.
- En caso de no haber gasto en la póliza previa, durante los primeros **90 días** se limitará la cobertura al menor de los beneficios para recién nacido, trasplante y congénitos, en tratamientos hospitalarios.

Para la cobertura de maternidad se reconocerá la antigüedad de la póliza previa, siempre y cuando exista el beneficio de maternidad en la póliza anterior (solo aplica para cónyuge o titulares). La suma asegurada se limitará al menor de los beneficios entre la póliza vigente y la póliza anterior.

En caso de ser procedente el cambio de plan los siniestros vigentes y en proceso de pago al momento de cambio de plan serán cubiertos considerando los términos y condiciones del producto "Global Health Plans".

Los siniestros vigentes y en proceso de pago considerarán las sumas aseguradas correspondientes al plan que estaba vigente al momento del primer síntoma y gasto de dicho siniestro o reclamación a excepción de los mencionados en el endoso de cobertura continua.

Los criterios para cambio de plan podrán cambiar sin previo aviso.

Para identificar si el cambio de plan y/o deducible es en automático o requiere evaluación siga las siguientes instrucciones:

- Las tablas de cambio de producto aplican primero.
- La tabla de deducibles aplica como segundo criterio, únicamente cuando los cambios de producto sean en automático.
- Cualquier caso no establecido en las tablas será sujeto a evaluación médica.

En los cambios de plan se restablece el deducible.

Tablas de cambio de producto

A continuación se encuentran las tablas de cambios de producto. Solo cuando sean automáticos tendrán que considerarse también la tabla de cambios de deducible.*

*Véase página 33

Tabla de cambios de productos Bupa Care a "Global Health plans"

BUPA CARE	ULTIMATE	ELITE	PREMIER	SELECT
Diamond Ecuador	U	Α	А	А
Complete Ecuador WW	U	А	А	А
Complete Ecuador LA	U	U	U	U
Advantage Ecuador WW	U	U	А	А
Advantage Ecuador LA	U	U	U	U
Secure Ecuador	U	U	U	А
Essential Ecuador	U	U	U	А
Critical Ecuador	U	U	U	U

A: Automático U: Evaluación de riesgos

Tabla de cambios entre productos "Global Health Plans"

PRODUCTO	ULTIMATE	ELITE	PREMIER	SELECT
Ultimate		А	А	А
Elite	U		А	А
Premiere	U	U		А
Select	U	U	U	

A: Automático U: Evaluación de riesgos

Tabla de cambios de productos Essential a "Global Health Plans"

PRODUCTO ESSSENTIAL	ULTIMATE	ELITE	PREMIER	SELECT
Essential 500 Ecuador	U	U	U	U
Essential 100 Ecuador	U	U	U	U
Essential 50 Ecuador	U	U	U	U

A: Automático U: Evaluación de riesgos

Tabla de deducibles

	ULTIN	IMATE		ULTIMATE EL		ELITE		P	PREMIE	R		SELECT	
	\$0	\$1,000	\$250/\$5,000	\$2,000	\$3,500	\$250/\$5,000	\$2,000	\$5,000	\$250/\$5,000	\$2,000	\$5,000		
GLOBAL HEALTH	PLANS												
\$0	А	А	А	Α	Α	Α	А	А	Α	Α	Α		
\$250/\$5,000	U	U	А	Α	Α	Α	Α	Α	Α	Α	А		
\$1,000	U	U	U	Α	Α	U	Α	Α	U	Α	А		
\$2,000	U	U	U	Α	Α	U	Α	Α	U	А	А		
\$3,500	U	U	U	U	Α	U	U	Α	U	U	Α		
\$5,000	U	U	U	U	U	U	U	Α	U	U	А		
\$7,500	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U		
\$10,000	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U		
\$20,000	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U		
BUPA CARE													
\$0 / \$1,000	U	U	А	А	Α	А	А	Α	А	Α	А		
\$250/\$1,000	U	U	А	А	А	А	А	Α	А	А	А		
\$1,000 / \$2,000	U	U	U	А	А	А	А	Α	U	А	А		
\$2,000 / \$3,000	U	U	U	А	А	А	А	А	U	А	А		
\$5,000	U	U	U	U	А	U	U	А	U	U	А		
\$10,000	U	U	U	U	U	U	U	А	U	U	U		
\$20,000	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U	U		

A: Automático U: Evaluación de riesgos

Cifras expresadas en dólares americanos.

iii. CAMBIO DE FORMA DE PAGO

Este cambio podrá realizarse conforme lo muestra la tabla siguiente y se deberá solicitar de forma escrita y firmada por el contratante.

FORMA DE PAGO	ANUAL	SEMESTRAL	TRIMESTRAL
Trimestral	Aniversario	3er trimestre	
Semestral	Aniversario		2do semestre
Anual		Aniversario	Aniversario

El contratante del seguro podrá elegir entre las diferentes opciones de pago y se aplicará el recargo por pago fraccionado que corresponda:

- Forma de pago trimestral 8%.
- Forma de pago semestral 6%.
- Forma de pago anual sin cargo.



Es importante considerar que el recargo por pago fraccionado se agrega a la prima neta anual por cambio de forma de pago.

iv. CAMBIO DE **AGENTES**

Este cambio podrá realizarse en cualquier momento durante la vigencia de la póliza. Sin embargo, la comisión será pagada al nuevo agente, únicamente, a partir de la próxima fecha aniversario del contrato. Para este cambio, deberá enviarse una carta firmada por el cliente solicitando el cambio. Este documento debe ser enviado al departamento comercial de Bupa Ecuador.

Una vez recibida la notificación Bupa contactará al agente vigente para indicarle que ha recibido una solicitud de cambio de conducto. Si durante los siguientes **10 días hábiles** no se recibe ninguna instrucción distinta por parte del contratante, se procederá a realizar el cambio.

v. CAMBIO DE **CONTRATANTE**

Este cambio puede realizarse en cualquier momento de la vida de la póliza, se verá reflejado en la factura de la siguiente renovación o pago subsecuente; y en el aniversario de la póliza siempre y cuando esta petición se realice mínimo **8 días** antes de la fecha de renovación de la póliza. El cliente deberá presentar los formularios de vinculación de los nuevos contratantes y pagadores.



VI. **CORRECCIONES** DE NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, DOMICILIO

Estos cambios podrán realizarse en cualquier momento de la vida de la póliza, presentando una carta, firmada por el titular y/o contratante de la póliza y acompañado de la documentación que avale dicho cambio, ej.: En caso de que la fecha de nacimiento a corregir sea diferente a la declarada en la solicitud, se solicitará copia del certificado de nacimiento o identificación oficial vigente para realizar el movimiento, si el cambio es de dirección, deberá entregar comprobante de domicilio no mayor a **3 meses**.

VIII. CAMBIO DE PAÍS DE RESIDENCIA

El asegurado titular deberá notificar a Bupa por escrito inmediatamente si cambia de país de residencia o nacionalidad. Esta póliza terminará si el país de residencia o nacionalidad le prohíba la prestación de cobertura de seguro de salud a los residentes o ciudadanos de este país.





VIII. ADICIÓN DE DEPENDIENTES

Se podrán agregar dependientes a la póliza en cualquier momento, conforme a lo siguiente:

- Recién nacido proveniente de una maternidad cubierta. En estos casos no hay evaluación de riesgo y debe cumplirse lo siguiente:
 - La póliza de los padres debe haber estado vigente durante por lo menos 10 meses calendario consecutivos.
 - Se deberá presentar copia del certificado de nacimiento que incluya el nombre completo, sexo y fecha de nacimiento del recién nacido dentro de los 90 días después del nacimiento. No es necesario llenar la solicitud.
 - La inclusión del recién nacido en la póliza, queda sujeta a la obligación de pago de la prima correspondiente.

- Recién nacido proveniente de una maternidad no cubierta o que no cumpla con los requisitos anteriores deberá pasar por el proceso de nuevos negocios.*
- El cónyuge y los hijos dependientes pueden ser adicionados a una póliza existente en cualquier momento, enviando una solicitud de gastos médicos mayores individual, debidamente requisada, en caso de que existan condiciones médicas declaradas y se requiera una cobertura superior a la que establece la ley de medicina la adición estará sujeta a evaluación de riesgos.**

*Véase página 15

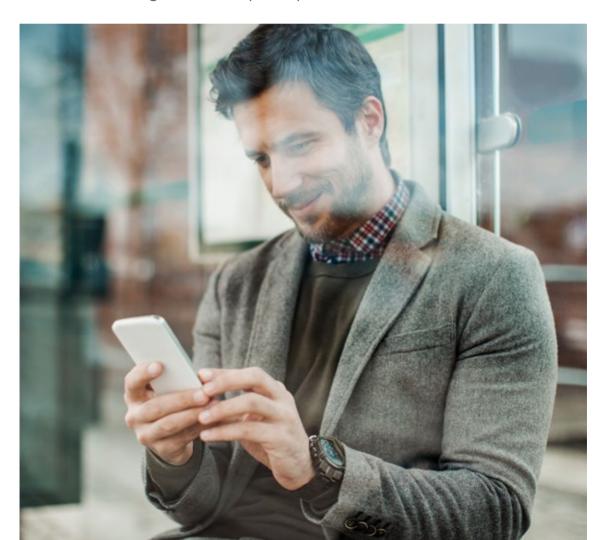
** Véase página 20

ix. BAJA DE UN **ASEGURADO**

• En caso de que el titular y/o contratante decida ser dado de baja de la póliza, es necesario enviar una **carta** solicitando el movimiento a: sacecuador@bupalatinamerica.com.



- •Si el titular de la póliza se da de baja, el cónyuge asegurado será el nuevo titular de la póliza.
- •Para dar de baja a un dependiente por matrimonio, divorcio, o terminación del período de estudios, el contratante de la póliza deberá solicitar por **escrito** el movimiento.
- •Las personas que han salido de una póliza en la cual han tenido cobertura como dependientes, pueden continuar su cobertura enviando una solicitud de gastos médicos mayores individual dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que salieron de la póliza. En este caso, se emitirá una nueva póliza dando cobertura continua, conservando el mismo tipo de plan, deducible y contendrá las mismas limitaciones de la cobertura original y el asegurado conservará la antigüedad de la póliza previa.



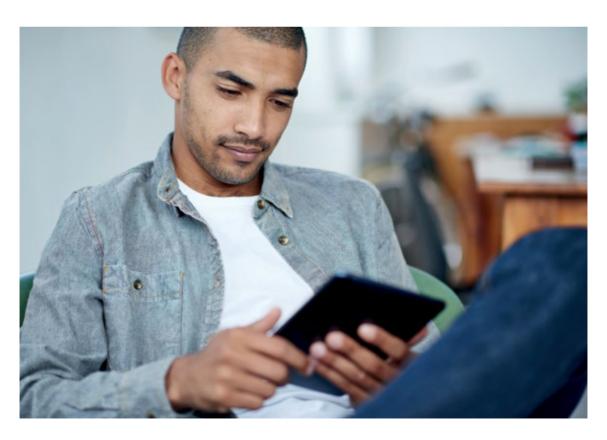
X. CANCELACIÓN DE PÓLIZA

La cancelación de la póliza podrá realizarse en cualquier momento de la vida de la póliza, enviando carta con motivo de cancelación firmada por el asegurado titular al correo electrónico sacecuador@bupalatinamerica.com.

Bupa Ecuador devolverá la prima neta correspondiente al tiempo no transcurrido de la vigencia de la póliza.

En caso de que la póliza haya sido afectada por un siniestro durante la vigencia a cancelar, no procederá la devolución de primas.

El tiempo promedio para la devolución de prima es de 15 días hábiles.



c. Cobranza y **facturación**

i. CÓMO REALIZAR EL PROCESO **DE PAGO DE UNA PÓLIZA**

- 1. Aprobación de póliza. Una vez aprobada la póliza por suscripción, la misma aparecerá en el sistema con el status PP (pendiente de pago), por lo que se deberá gestionar su pago.
- **2. Formas de pago.** El asegurado cuenta con diferentes opciones para realizar el pago de su prima:
- Cheque nominativo a Bupa Ecuador S.A.
- Transferencia bancaria.
- Cargo a tarjeta de crédito.



d. Rehabilitación de póliza

Todas las pólizas tienen **30 días** para el pago correspondiente, una vez pasado este periodo se requiere pasar por un proceso de rehabilitación:

- Si la póliza es pagada entre el **día 31 y 60** podrá ser rehabilitada sin requisitos adicionales.
- En caso contrario será necesario enviar el certificado de buena salud para rehabilitación de la póliza junto con el pago de la póliza. Es importante considerar que toda rehabilitación pasa por un proceso de evaluación de riesgos.*

*Véase página 20

El certificado de buena salud para rehabilitación de la póliza deberá enviarse al equipo de renovaciones.

El tiempo promedio de respuesta para la rehabilitación de una póliza es de **5 días hábiles,** sin considerar el tiempo de respuesta del agente en aquellos casos que se requiera información médica adicional.



e. Renovaciones

Las renovaciones se emiten en sistema de forma automática **60 días** anteriores a su fecha de renovación y se **envían con un máximo de 30 días** de anticipación al agente.

Se enviará un aviso en el kit de renovación cuando un dependiente de 24 años sea dado de baja. Se deberá presentar la solicitud de 24 años para que pueda ser emitida su póliza como titular con cobertura continua, siempre y cuando sea enviada dentro de los **30 días** de la fecha de renovación de la póliza familiar.

El kit de renovación incluye:

- Condiciones generales.
- Carta de renovación.
- · Carátula.
- Condiciones especiales (si aplica).

La póliza se cancelará automáticamente a los **30 días** del vencimiento si el pago no hubiese sido recibido.







a. Cómo presentar una reclamación

Tenemos 2 modalidades en las cuales puede presentar una reclamación ante Bupa Ecuador:

Pago Directo

- . Autorizaciones de servicios médicos en Ecuador y resto del mundo.
- ii. Atención dentro de EE.UU. a través de "Blue Cross Blue Shield Global".
- III. Hospitalizaciones de emergencia.
- V. Segunda opinión médica "Expert Opinion".

Reembolso

- i. Gastos erogados en territorio nacional.
- Gastos erogados en territorio internacional.

A continuación se describen los pasos que debe seguir en cada uno de ellos.

b. Pago directo

i. AUTORIZACIONES DE SERVICIOS MÉDICOS EN ECUADOR Y EL RESTO DEL MUNDO

Un buen inicio es la notificación oportuna. Recuerde que usted puede llamar a USA Medical Services para recibir todo el apoyo necesario para el trámite de su siniestro ya sea una cirugía programada, una hospitalización o un estudio especializado.

Siempre que solicite servicio será necesario contar con los siguientes documentos:

- Es necesario que cuenten con toda la información que se solicita, fecha de inicio de los síntomas, primera visita al médico, estudios efectuados, el diagnóstico y tratamiento propuesto. En caso de accidente deberá relatar los hechos de forma precisa para su correcta evaluación.
- Informe del médico tratante describiendo su cuadro clínico, el diagnóstico, el tratamiento propuesto, el hospital donde recibirá la atención médica, las fechas propuestas, el presupuesto de los honorarios de los médicos así como sus datos de contacto.





Por favor adjunte a la reclamación todos los estudios de laboratorio, estudio de apoyo de diagnóstico y patología que den sustento al diagnóstico.

Los números de contacto para "USA Medical Services" son:

- En Ecuador 593 2 3965600
- En EE.UU. +1 (305) 275 1500
- Dentro de EE.UU. sin costo al
 +1 (800) 726 1203
- Por correo electrónico sacecuador@bupalatinamerica.com usamed@bupalatinamerica.com

La notificación de ingresos hospitalarios programados debe ser al menos con **72** horas de anticipación.

El tiempo de respuesta para una programación de servicios médicos es en promedio de **48 horas**, dependiendo de la complejidad del tratamiento y/o cirugía, siempre y cuando se hayan presentado los documentos de forma correcta y completa.

ii. HOSPITALIZACIONES DE EMERGENCIA

En los casos de hospitalizaciones de emergencia deberá notificar de inmediato y hasta 72 horas después de su ingreso a los teléfonos anteriormente descritos, las 24 horas del día los 365 días del año, y los cuales también se encuentra en el reverso de la tarjeta de seguro Bupa.

Es muy importante que al momento de su ingreso se identifique cómo asegurado, **presentando su tarjeta de seguro ante el hospital.**



iii. ATENCIÓN DENTRO **DE EE.UU.**A TRAVÉS DE "BLUE CROSS BLUE SHIELD GLOBAL"

La red de proveedores en los **Estados Unidos de América** es administrada por nuestros asociados **"Blue Cross Blue Shield Global".**

Para poder tener atención en EE.UU. debe considerar lo siguiente:

1. Verificar que el médico, el hospital, laboratorio o cualquier otro proveedor, forma parte de la red de proveedores "Blue Cross Blue Shield Global" de acuerdo al producto contratado.

Si usted tiene dudas sobre la red de proveedores, contáctenos a los siguientes teléfonos:

- En Ecuador 593 2 3965600
- En EE.UU. +1 (305) 275 1500
- Dentro de EE.UU. sin costo al +1 (800) 726 1203

- **2.** Contactar a Bupa mediante los siguientes teléfonos:
- En Ecuador al 593 2 3965600
- En EE.UU. +1 (305) 275 1500
- Dentro de EE.UU. sin costo al
 +1 (800) 726 1203
- Por correo electrónico sacecuador@bupalantimaerica.com usamed@bupalatinamerica.com
- **3.** Se deberá incluir todos los estudios de laboratorio, estudio de apoyo de diagnóstico y patología que den sustento al diagnóstico.
- **4.** La notificación de ingresos hospitalarios programados debe ser al menos con **72 horas de anticipación.**
- 5. El tiempo de respuesta para una programación de servicios médicos es en promedio de 48 horas, dependiendo de la complejidad del tratamiento y/o cirugía.
- **6.** Bupa notificará al proveedor la aprobación del tratamiento.

Si usted ha recibido tratamiento en EE.UU. y ha pagado al proveedor, debe someter su solicitud de reembolso según el procedimiento indicado en la sección de reembolso.*

^{*}Véase página 52

Ventajas de programar un tratamiento

- Recibir atención con la carta que garantiza el pago del siniestro por parte de Bupa.
- Tenemos oportunidad de validar el procedimiento médico y en su caso orientarle o sugerirle una segunda opinión.
- Podemos apoyarle para la negociación de los honorarios de los médicos tratantes evitando en lo posible que existan diferencias.
- Anticipar las necesidades que tendrá a la alta, pudiendo de esa forma mandar a domicilio medicamentos y/o equipos necesarios para la pronta recuperación del asegurado.

iv. **SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA** "EXPERT OPINION"

"Expert Opinion" brinda acceso a los mejores médicos internacionales e independientes, quienes revisarán el caso para confirmar o modificar el diagnóstico y recomendarán los mejores pasos a tomar para el tratamiento. Cuenta con una red global formada por 5 mil expertos médicos de renombre internacional con mayor experiencia, líderes en sus especialidades.

Asesoría brindada a más de 25 millones de personas alrededor del mundo.

Especialistas por caso seleccionados en base a su amplia experiencia con respecto a la condición del paciente.



"Expert Opinion" está disponible para asegurados de Bupa que necesitan información para tomar una decisión médica por alguna enfermedad grave, compleja o crónica.

Cómo solicitar segunda opinión

- **1. Solicitud del Servicio.** Envíe un mensaje por correo electrónico a usamed@bupalatinamerica.com o sacecuador@bupalatinamerica.com con su nombre, condición médica y solicitud específica para el servicio de "Expert Opinion".
- 2. Asignación del Médico designado a su caso. Después de que Bupa reciba su solicitud, el médico "Advance Medical" designado a su caso se pondrá en contacto con usted para explicarle el servicio y ayudarle a reunir toda la documentación médica necesaria.*

*Véase página 13

- **3. Revisión por el comité Clínico.** El comité clínico de "Expert Opinion" evaluará su caso y seleccionará a los mejores especialistas independientes adecuados para su condición.
- **4. Revisión Médica.** Médicos expertos revisan su caso y harán recomendaciones para su tratamiento.
- **5. Informe del caso.** Al concluir el proceso, usted recibirá un informe del caso incluyendo su historial, las opiniones de los médicos especialistas, referencias a publicaciones médicas y un breve perfil de cada uno de los especialistas que hayan participado. El informe del caso incluirá lo siguiente:
 - Un resumen completo redactado por el médico designado a su caso.
 - Evaluación de su caso médico.
 - Revisión de su diagnóstico y plan de tratamiento.
 - Sugerencias para el tratamiento.
 - Respuestas a sus preguntas médicas.
 - Bibliografía de los artículos médicos más relevantes para su caso.
 - Currículo de cada uno de los especialistas.

Envíe su solicitud a **sacecuador@bupalatinamerica.com** o llame al 023965600.

c. Reembolso

Para presentar una solicitud de reembolso, por favor siga estos pasos:

- 1. Complete el formulario de solicitud de reembolso.
- 2. Adjunte todos los documentos relacionados con el tratamiento médico.

i. GASTOS EROGADOS EN TERRITORIO NACIONAL

- Facturas originales.
- Informes médicos correspondientes detallados donde indique la participación del médico tratante (notas médicas del hospital).



- Los estudios y documentos en los que el médico tratante certifique el diagnóstico.
- Los gastos de laboratorio deben incluir un desglose detallado y en su caso, interpretación de estudios radiológicos o de estudio de apoyo de diagnóstico y copia del pedido de exámenes.
- Los gastos farmacéuticos deben incluir una lista con la descripción de todos los medicamentos adquiridos y una copia de la receta.
- En caso de un procedimiento quirúrgico o una biopsia, incluya el informe de patología. En caso de trauma nasal, incluya radiografías, informe de radiología e informe de la sala de emergencia.
- Historia clínica.



La solicitud de reembolso está disponible en www.bupasalud.com.ec ingrese a mi bupa / agentes / servicios en línea con su id de usuario y clave, en el apartado de "opciones" dar clic en "tarifas, formas y cuestionarios".

ii. GASTOS EROGADOS EN TERRITORIO INTERNACIONAL

- Presentar facturas "invoices" emitidas por el proveedor que proporciona el servicio indicando el nombre del paciente y descripción del servicio recibido.
- Comprobante de pago: boucher de pago, estado de cuenta de la tarjeta o cuenta de cheques dónde se verifique el importe y el proveedor al que se dirigió el pago. En caso de pago en efectivo deberá presentar el recibo de caja emitido por el proveedor de servicio.
- **3.** Envíe la solicitud de reembolso y los documentos adjuntos (pueden enviarse en formulario PDF, TIF o JPG) al correo sacecuador@bupalatinamerica.com indicando en el asunto nombre del paciente y su número de póliza.

Los beneficios del contrato de seguro prescriben en un año contado desde la fecha del acontecimiento que les dio origen. Tenga en cuenta que no se indemnizan solicitudes de pago recibidas luego de dicho periodo.

El tiempo de respuesta para reembolso es en promedio de **7 días hábiles**, siempre y cuando se hayan presentado los documentos de forma correcta y completa, sin considerar la respuesta del agente de





aquellos casos que se requiera información adicional. En caso de enviar información complementaria, favor indicar el número de reclamo previo.

Si tiene cualquier duda puede llamar a servicio a cliente:

Ecuador: 593 2 3965600
EE.UU.: +1 (800) 726 1203
+1 (305) 398 7400

· Al correo electrónico:

sacecuadorl@bupalatinamerica.com

En caso de que se requiera mayor información, para concluir el trámite de reembolso, recibirá un correo electrónico con los detalles de la información necesaria. Este correo se enviará al agente y al asegurado, siempre que tengamos información de contacto vigente registrada. Una vez se reciba la información requerida, se procederá completar el trámite. Se deberá incluir el número de siniestro al cual desea adjuntar la nueva información, para evitar que se abra un nuevo siniestro cuando se reciba la información.





a. Servicio al cliente

- El equipo de servicio al cliente podrá proporcionarle información respecto a los siguientes procesos:
- Información general de beneficios, planes y procedimientos.
- Estado de reclamos para reembolso, pago directo, o cualquier otra solicitud.
- Punto de contacto para otros departamentos.
- El horario de atención es de lunes a viernes de 8:30 AM a 5:00 PM, usted podrá comunicarse a los teléfonos:

• Ecuador: **593 2 3965600**

• EE.UU.: **+1 (800) 726 1203,**

+1 (305) 398 7400,

+1 (305) 412 4335 directo

 Al correo electrónico: sacecuador@bupalatinamerica.com

b. Pago de comisiones

Cómo tramitar pago de comisiones

- 1. La póliza deberá estar activa.
- 2. Los pagos de las comisiones a los agentes se realizará quincenalmente, 1 día hábil posteriores al cierre de cada quincena.
- **3.** Los estados de cuenta (preliquidación de comisiones) de las comisiones pagadas a los agentes estarán disponibles, dos veces al mes, 15 y el último día del mes.
- **4.** Los pagos de comisiones se realizan a través de transferencia bancaria los días jueves, para lo cual se debe contar con los datos de cuenta bancaria actualizada.

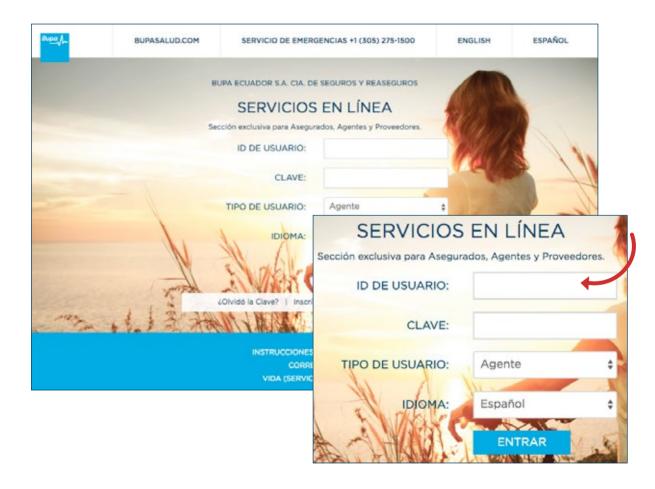
Requisitos:

- Se deberá tener la credencial del agente vigente, emitida por la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros del Ecuador
- Se deberá tener contrato de agenciamiento aprobado por el ente regulador y firmado con Bupa Ecuador S.A.
 - Si requiere actualizar dichos documentos o realizar algún cambio en su documentación deberá notificar al departamento comercial de Bupa Ecuador.



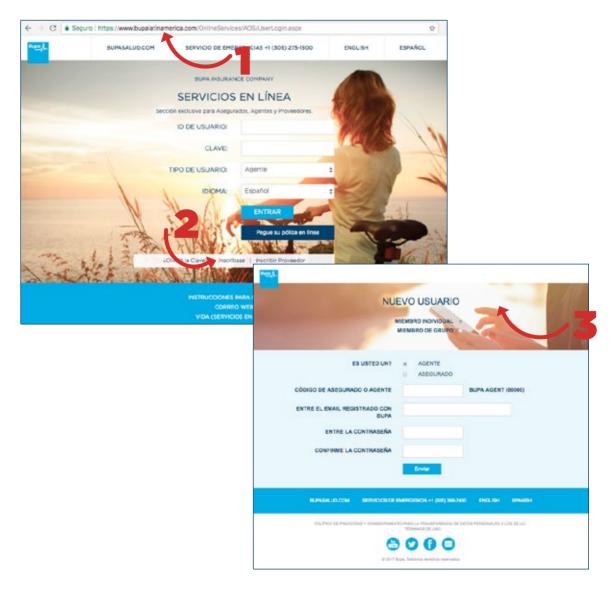
c. Portal Bupa del agente

Para ingresar a nuestro portal del agente visite la página www.bupasalud.com.ec en el apartado de "servicios en línea" utilizando su id de usuario (código de agente) y clave.



Para generar su id y clave siga los siguientes pasos:

- 1. Ingrese a:
- https://www.bupalatinamerica.com/OnlineServices/AOS/UserLogin.aspx
- 2. Dar *clic* en Inscríbase, que se encuentra en la parte inferior.
- 3. Seleccionar miembro individual



En esta sección deberá seguir los pasos descritos para crear su id de usuario y clave.

Una vez concluido el proceso de registro, aparecerá una pantalla de confirmación de alta con el nombre de usuario.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese al **+1 (305) 398 7400** o al correo electrónico *bupa@bupalatinamerica.com*

En este portal podrá consultar la siguiente información:

Detalles de Cartera

- Vea un resumen de su cartera, incluyendo el total de primas o número de pólizas en la cartera de un agente que estén activas, en periodo de gracia o vencidas.
- Ver la gráfica de producción de pólizas de un agente ya sea mostrando todas o mostrando solo las activas.
- Edite su perfil incluyendo información general.
- Vea la información de póliza y prima de un cliente en específico.

Administración de negocios

- Nuevos negocios.
- Renovaciones.
- Comisiones.
- Reclamos.
- Lista de 24 años.
- Lista de cumpleaños.

Configuración de su cuenta

- Mi perfil.
- Cambiar mi contraseña.
- Convenio de acceso.



d. Bupa es más

La relación con nuestra red de agentes de seguros es mas importante que nunca; es por eso que Bupa Global ha creado una plataforma digital llamada, Bupa es más.

Bupa es más, cuenta con diferentes secciones, entre ellas dos de las que destacan son: crezca su empresa, en donde presentamos contenido relevante para todos aquellos dueños de agencia de seguros y donde encontrarán contenido relacionado a imagen corporativa, comunicaciones, ventas, capacitaciones para sus empleados, programas de cumplimiento y mucho más.

También tiene una sección llamada "mi oficina móvil" en donde se encuentra todo el material que un agente necesita para promover una venta, como guías de ventas, lista de productos, testimoniales, tutoriales, cotizadores en línea y mucho más.

Cómo funciona y en dónde acceder

Accede a *www.bupaesmas.com* desde cualquier computadora, laptop, tableta o dispositivo móvil "smart phone", solo necesita conexión a internet y listo.

La plataforma se adapta al tamaño de cualquier dispositivo.

Contenido de Bupa es más

Por qué Bupa

- Testimoniales de agentes de seguros.
- Historia de Bupa.

Crezca su empresa

- Cómo Bupa le puede ayudar a crecer su negocio.
- Conocimiento de la industria.
- Su marca.
- · Capacitaciones.
- Tutoriales.
- Código de ética.
- "Webinars".

Oficina móvil

- Tutoriales
- Cotizador.
- Presentaciones de ventas.
- Lista de productos.
- Red de hospitales.
- Testimoniales de asegurados.

Biblioteca. En esta sección podrá encontrar la versión vigente del manual de agente.

