

SOLICITUD DE SEGURO MÉDICO



☐☐☐ BEST DOCTORS INSURANCE LIMITED

Importante: Por favor, verificar que toda la información requerida en esta solicitud haya sido debidamente completada. Best Doctors Insurance Limited se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si requiere información adicional. Una solicitud incorrecta o incompleta será devuelta al solicitante, retrasando el proceso de inscripción.

- Nueva solicitud
- Cambio de plan/deducible
- Dependientes adicionales
- Rehabilitación

☐☐☐ INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

SEXO

- Masculino
- Femenino

NOMBRE(S)

ESTATUS CIVIL

- Soltero(a)
- Casado(a)
- Viudo(a)
- Divorciado(a)

DIRECCIÓN

CIUDAD

PAÍS

CORREO ELECTRÓNICO

TELÉFONO (OFICINA O MÓVIL)

FAX

FECHA DE NACIMIENTO (M/D/A)

ESTATURA

M PIES

PESO

KG LB

OCUPACIÓN

ELIJA SU PLAN

- Premier Plus
- Global Care+
- Ultimate Care
- Advanced Care
- Corporate Choice
- Otro _____

SELECCIONE EL DEDUCIBLE

- I V
- II VI
- III
- IV

COBERTURA ADICIONAL (ANEXO)

- Complicaciones de maternidad
- Trasplante de órganos
- Critical Select
- Otro _____

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES Y PRIMAS

1. NOMBRE, APELLIDO PATERNO Y APELLIDO MATERNO _____	SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA) _____	ESTATURA _____	PRIMA (USD) _____
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> LB	
	PESO _____		
2. NOMBRE Y APELLIDO _____	SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA) _____	ESTATURA _____	PRIMA (USD) _____
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> LB	
	PESO _____		
3. NOMBRE Y APELLIDO _____	SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA) _____	ESTATURA _____	PRIMA (USD) _____
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> LB	
	PESO _____		
4. NOMBRE Y APELLIDO _____	SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA) _____	ESTATURA _____	PRIMA (USD) _____
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> LB	
	PESO _____		
5. NOMBRE Y APELLIDO _____	SEXO	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA) _____	ESTATURA _____	PRIMA (USD) _____
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> LB	
	PESO _____		
			SOLICITANTE EL MISMO (USD) _____
			ANEXOS DE COBERTURA ADICIONAL (USD) _____
			75
			TARIFA ADMINISTRATIVA ANUAL (USD) _____
			TOTAL (USD) _____

INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO ANTERIOR

- S N ¿Usted o alguno de sus dependientes cuentan con otra cobertura médica internacional?
Si respondió 'Sí', por favor adjunte una copia del certificado de cobertura del plan y el comprobante del último pago.
- S N ¿Piensa continuar con esa cobertura?
- S N ¿Ha sido alguna solicitud de seguro médico rechazada, aceptada sujeta a restricciones, o a una prima mayor que las tarifas estándar de la aseguradora para cualquiera de los solicitantes? **Si respondió 'Sí',** por favor adjunte detalles.
- S N ¿Ha tenido seguro médico con Best Doctors Insurance Limited o cualquiera de sus afiliados?
Si respondió 'Sí', indique la fecha (M/D/A) _____
- Si es un cambio de plan/deducible,** por favor indique su número de póliza _____

III CUESTIONARIO MÉDICO INDIQUE SÍ O NO A TODAS LAS PREGUNTAS DE ESTE CUESTIONARIO

SECCIÓN A: ¿Según su mejor entendimiento y conocimiento, hay alguna persona nombrada en esta solicitud que durante los últimos (10) diez años haya padecido de alguna de las siguientes enfermedades?:

- S N a) Cáncer, tumores malignos o tumores benignos. **Si respondió 'Sí'**, indique el tipo _____
- S N b) Cálculos en los riñones, alteración en los riñones o en la vejiga, frecuencia urinaria o ardor
- S N c) Bocio, alteración en la tiroides, diabetes
- S N d) Epilepsia, parálisis, enfermedades mentales o nerviosas, alcoholismo, migrañas
- S N e) Adicción a drogas por las cuales dicha persona ha sido tratada u hospitalizada
- S N f) Alteración de la vesícula, hernia, alteración del estómago o los intestinos, úlceras, hemorroides, alteración de hígado
- S N g) Cataratas u otra alteración en los ojos, problemas de los oídos
- S N h) Tuberculosis, enfermedades pulmonares, asma o bronquitis, sinusitis, tos crónica y padecimiento de la garganta
- S N i) Artritis, reumatismo, artritis deformativa, padecimiento en la columna vertebral, gota
- S N j) Patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial, anemia, fiebre reumática, trastornos de coagulación, hemofilia, flebitis, trombosis, dolor del pecho, angina, aneurisma
- S N k) Femenino: alteraciones menstruales o hemorragias menstruales, desórdenes en los órganos reproductivos, enfermedades transmitidas sexualmente, enfermedad de las mamas
- S N l) Femenino: Actualmente embarazada (Fecha de Parto) _____ (M/D/A)
- S N m) Número de: Embarazos _____ Partos (¿normal o cesaria?) _____ Abortos _____
- S N n) Femenino: Complicación del embarazo o del parto, embarazo múltiple, o un hijo(a) con algún defecto de nacimiento, enfermedad congénita o hereditaria
- S N o) Masculino: Alteraciones de la próstata, enfermedades transmitidas sexualmente
- S N p) SIDA (Síndrome Inmunológico de Deficiencia Adquirida) Complejo Relacionado al SIDA (CRS)
- S N q) Dermatitis o enfermedades de la piel, cáncer en la piel, u otro problema de la piel
- S N r) Desviación del tabique nasal, sinusitis, pólipos u otro trastorno de la nariz
- S N s) Defectos de nacimiento o anomalías congénitas, retraso en el desarrollo, síndrome de Down, malformaciones del corazón/pulmón/riñón
- S N t) ¿Algún solicitante es candidato para o receptor de un trasplante de órgano, médula ósea o células madres?

SECCIÓN B: ¿Además de las enfermedades mencionadas en la Sección A, a su mejor entendimiento y conocimiento, habrá alguna persona nombrada en esta solicitud que durante los últimos cinco (5) años?:

- S N a) ¿Haya consultado a un médico u otro proveedor para tratamiento médico o quirúrgico, o para consejo de alguna otra enfermedad que no esté mencionada en la Sección A?
- S N b) ¿Haya tenido alguna alteración en su salud o síntoma que no haya sido mencionado en la Sección A o en la pregunta (a) de esta Sección por lo cual haya o no consultado a un médico?
- S N c) ¿Haya tomado o toma regularmente alguna medicina? **En caso afirmativo**, indique:

NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO

NOMBRE DE LA MEDICINA Y LA DOSIS DIARIA

COSTO MENSUAL

FECHA DE SU ÚLTIMO CHEQUEO MÉDICO (M/D/A)

NOMBRE DEL MÉDICO

TELÉFONO DEL MÉDICO

DIRECCIÓN DEL MÉDICO

¿ALGUNA PERSONA NOMBRADA EN ESTA SOLICITUD HA DISMINUIDO O AUMENTADO DE PESO EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES?

¿CUÁNTO? KG/ LB

¿QUÉ OCASIONÓ EL CAMBIO DE PESO?

SECCIÓN C: Si Usted ha indicado **Sí** en alguna parte de la Sección A o B, por favor provea información completa en esta sección y adjunte el reporte médico (puede utilizar una página adicional si requiere más espacio).

1. NOMBRE DEL PACIENTE	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/O HOSPITAL	FECHA (DESDE/HASTA)
2. NOMBRE DEL PACIENTE	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/O HOSPITAL	FECHA (DESDE/HASTA)
3. NOMBRE DEL PACIENTE	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/O HOSPITAL	FECHA (DESDE/HASTA)

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

SE ENTIENDE Y SE ESTÁ DE ACUERDO CON QUE:

- a) Best Doctors Insurance Limited (Compañía de Seguros) se reserva el derecho de aceptar o denegar su solicitud. La cobertura de la póliza no entrará en vigor hasta que la Compañía de Seguros haya recibido el pago de la prima, se haya completado la evaluación de riesgo, se haya aprobado la solicitud, y se ha emitido la póliza. La cobertura de la póliza entrará en vigor el día uno ó el día quince del mes siguiente en que la Compañía de Seguros aprobó la solicitud.
- b) La información y las respuestas facilitadas son completas, correctas, ciertas, y no son falsas hasta donde tengo conocimiento (Información Completa). Si no se ha facilitado la Información Completa en esta solicitud, la Compañía de Seguros según su propio criterio y sin obligación de demostrar motivos fundados, puede cancelar y/o anular una póliza previamente emitida y ello sin previo aviso o notificación.
- c) En el caso de que tuviera lugar una cancelación de acuerdo a lo expuesto en (b) más arriba, la Compañía de Seguros no tendrá ningún tipo de obligación de pagar o reembolsar ninguna cantidad por siniestros que hubieran sido o que fueran a ser reclamados en virtud de la póliza, todo ello si fuera de aplicación, sujeto al reembolso por la Compañía de Seguros de la parte de la prima a pagar en base al cálculo establecido en la cláusula de rescisión de la póliza, deduciendo cualquier cantidad que hubiera sido abonada en virtud de la póliza con anterioridad a su cancelación por motivos de falsedad.
- d) Usted deberá devolver a la Compañía de Seguros cualquier cantidad que haya recibido de la misma en virtud de la póliza, si ésta se cancela o queda anulada como resultado de no haber facilitado Información Completa y las cantidades que usted haya devuelto tal y como se establecen en (c) más arriba no fueran suficientes para que la Compañía de Seguros cobrara las cantidades a que tuviera derecho.
- e) Con presentar una fotocopia o el original de esta Solicitud firmada, yo autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica u otro proveedor de servicios médicos, agencia gubernamental u otra persona o empresa a proveer a la Aseguradora con información incluyendo copias de registros respecto a consejos, cuidado o tratamiento proporcionados a mi y/o mis dependiente(s), sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.
- e) Usted y las personas cubiertas por este seguro incluidas en su póliza entienden y están de acuerdo en que han elegido permitir al agente de registro (Agente) para que tenga acceso a la totalidad de la información médica y relativa a su salud (pasada, presente y futura) que se facilita a la Compañía de Seguros o a cualquiera de sus afiliados o subcontratistas.

FIRMA DEL SOLICITANTE	FIRMA DEL AGENTE	
FECHA (M/D/A)	NOMBRE DEL AGENTE	CÓDIGO DEL AGENTE

INFORMACIÓN DE PAGO

MODO DE PAGO	MÉTODO DE PAGO	RESUMEN DE PAGO
<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	PRIMA (USD)
<input type="checkbox"/> Semi-Anual	<input type="checkbox"/> Cheque: Pago a la orden de Best Doctors Insurance Limited	ANEXOS DE COBERTURA ADICIONAL (USD)
	<input type="checkbox"/> Transferencia bancaria	75
		TASA ADMINISTRATIVA ANUAL (USD)
		TOTAL (USD)