

Constancia de Estudios para Dependientes

Importante: Por favor, complete este formulario con el fin de que su Dependiente pueda continuar disfrutando de los beneficios y cobertura de su plan de salud.

INFORMACIÓN DEL ASEGURADO PRINCIPAL

APELLIDO(S)

NOMBRE(S)

PAÍS DE RESIDENCIA

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

NÚMERO DE PÓLIZA

INFORMACIÓN DEL DEPENDIENTE

APELLIDO(S)

NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN/
COLEGIO EN DONDE ESTÁ ESTUDIANDO

POR FAVOR INDIQUE LA FECHA EN QUE LA
INSCRIPCIÓN A LA INSTITUCIÓN/ COLEGIO
MENCIONADO COMENZÓ (MM/DD/AAAA)

DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN/COLEGIO

¿CUÁL ES EL DÍA DE GRADUACIÓN? (MM/DD/AAAA)

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

Yo (Asegurado Principal), _____, certifico que mi Dependiente nombrado en este formulario es soltero(a), económicamente dependiente y es estudiante de tiempo completo, inscrito(a) en una institución/colegio acreditado y entiendo que:

1. La cobertura para mis Dependientes se mantiene en vigor hasta la próxima fecha de aniversario de la Póliza después de cumplir los dieciocho (18) años de edad si son solteros.
2. La cobertura para mis Dependientes mayores de dieciocho (18) años de edad puede continuar efectiva si son estudiantes a tiempo completo en una institución/colegio acreditado y hasta la próxima fecha de aniversario de la Póliza después de cumplir los veinticuatro (24) años de edad.
3. Best Doctors Insurance Limited se reserva el derecho de solicitar una certificación o constancia de estudios por escrito de parte de la institución/colegio donde asiste el estudiante.
4. Si un hijo(a) Dependiente contrae matrimonio, o deja de ser estudiante de tiempo completo, la cobertura para este dependiente terminará en la fecha de expiración de la Póliza.
5. El Dependiente que esté cubierto por esta Póliza y que sea elegible para cobertura individual será aprobado sin selección de riesgo, bajo las mismas condiciones y restricciones de la Póliza anterior. La Aplicación para dichos Dependientes debe ser recibida antes del aniversario de la Póliza y/o del término del período de gracia de la Póliza anterior.

FIRMA DEL ASEGURADO PRINCIPAL O
REPRESENTANTE LEGAL

FECHA (MM/DD/AAAA)

La Póliza de seguro es emitida por Best Doctors Insurance Limited, una compañía incorporada en las Bermudas. Servicio de administración de seguros médicos ofrecido por Best Doctors Insurance Holdings, LLC. en representación de Best Doctors Insurance Limited.

www.bestdoctorsinsurance.com

Llamada de Cobro Revertido a EE.UU. 1 305 269 2521
Llamada Gratuita Dentro de los EE.UU. 1 866 902 7775
Fax 1 800 476 1160