

# Solicitud de Seguro Médico

**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 se requiere información adicional. Una solicitud incorrecta o incompleta será devuelta al solicitante, lo que retrasará su proceso de inscripción.

Nueva solicitud     Añadir Dependientes     Coberturas Adicionales     Rehabilitación     Otro

Si cambió el plan, por favor indique nombre del plan anterior

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S) \_\_\_\_\_ NOMBRE(S) \_\_\_\_\_

Masculino     Femenino     Soltero(a)     Casado(a)     Compañero(a) Doméstico

SEXO    ESTADO CIVIL

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ PAÍS \_\_\_\_\_ TELÉFONO (OFICINA O MÓVIL) \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

PAÍS Y FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_ ESTATURA  M  PIES  KG  LB \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_

TIPO DE DOCUMENTO \_\_\_\_\_ NÚMERO DE DOCUMENTO \_\_\_\_\_ PAÍS DE EMISIÓN \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

CRITICAL SELECT     \$25,000     \$50,000     \$100,000    (Exclusivo para My Choice Brasil)

### ELIJA SU PLAN

### SELECCIONE DEDUCIBLE

Incluye Maternidad \*

<input type="checkbox"/> Medical Elite	* <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000	* <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,000	* <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$3,000	<input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000
<input type="checkbox"/> Premier Plus	* <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,250	* <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,500	* <input type="checkbox"/> \$3,000 <input type="checkbox"/> \$4,000	* <input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000
<input type="checkbox"/> Global Care (Excluye Brasil)	* <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000	* <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,000	* <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$2,000	<input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000
<input type="checkbox"/> Medical Care (GLOBAL)	* <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$1,000	* <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$2,000	<input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,000
<input type="checkbox"/> Medical Care (LATAM) (Excluye Brasil)	* <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$1,000	* <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$2,000	<input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,000
<input type="checkbox"/> Advanced Care Plus (Exclusivo para Chile)	<input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000				
<input type="checkbox"/> Ultimate Care	<input type="checkbox"/> \$0 <input type="checkbox"/> \$0	<input type="checkbox"/> \$2,500 <input type="checkbox"/> \$2,500	<input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,000
<input type="checkbox"/> My Choice (Exclusivo para Brasil y Mexico)	<input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000	<input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$2,000	<input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000

Ambulatorio: Coberturas para tratamientos o servicios ambulatorios que no requieran hospitalización.

Trasplante de órganos

Maternidad: Disponible solamente en Brasil

La Cobertura y Deducibles pueden variar de acuerdo a la región, por favor referirse a los documentos de cobertura y las tablas de tarifas para obtener la información correspondiente a cada plan.

## COBERTURAS ADICIONALES DISPONIBLES (ENDOSOS)

Complicaciones de Maternidad

Trasplante de Órganos

## INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES Y PRIMAS

1. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	ESTATURA	PESO	SEXO
		<input type="text"/> M <input type="text"/> PIES	<input type="text"/> KG <input type="text"/> LB	<input type="text"/> M <input type="text"/> F
CRITICAL SELECT	<input type="checkbox"/> \$25,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000	(Exclusivo para My Choice Brasil)		

2. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	ESTATURA	PESO	SEXO
		<input type="text"/> M <input type="text"/> PIES	<input type="text"/> KG <input type="text"/> LB	<input type="text"/> M <input type="text"/> F
CRITICAL SELECT	<input type="checkbox"/> \$25,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000	(Exclusivo para My Choice Brasil)		

3. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	ESTATURA	PESO	SEXO
		<input type="text"/> M <input type="text"/> PIES	<input type="text"/> KG <input type="text"/> LB	<input type="text"/> M <input type="text"/> F
CRITICAL SELECT	<input type="checkbox"/> \$25,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000	(Exclusivo para My Choice Brasil)		

4. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	ESTATURA	PESO	SEXO
		<input type="text"/> M <input type="text"/> PIES	<input type="text"/> KG <input type="text"/> LB	<input type="text"/> M <input type="text"/> F
CRITICAL SELECT	<input type="checkbox"/> \$25,000 <input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$100,000	(Exclusivo para My Choice Brasil)		

## INFORMACIÓN DE SEGURO MÉDICO ANTERIOR

a) ¿Usted o alguno de sus dependientes cuentan con otra cobertura médica internacional?  S  N  
Si respondió 'Sí', por favor adjunte una copia del certificado de cobertura del plan y el comprobante del último pago.

b) ¿Piensa continuar con esa cobertura?  S  N

c) ¿Ha sido alguna solicitud de seguro médico o de vida rechazada, aceptada sujeta a restricciones, o a una prima mayor que las tarifas estándar de la aseguradora para cualquiera de los solicitantes?  S  N  
Si respondió 'Sí', por favor adjunte detalles.

d) ¿Ha tenido seguro médico con Best Doctors Insurance Limited o cualquiera de sus afiliados?  S  N  
Si respondió 'Sí', indique la fecha (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

Si es un cambio de plan/deducible, por favor indique su número de póliza \_\_\_\_\_

## HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

¿Usted o alguno de sus dependientes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes cardíacos, cáncer o enfermedad congénita o hereditaria? Si respondió 'Sí', por favor explicar.  S  N

SOLICITANTE RELACIÓN CON EL SOLICITANTE DESORDEN Y/O CONDICIÓN MÉDICA

SOLICITANTE RELACIÓN CON EL SOLICITANTE DESORDEN Y/O CONDICIÓN MÉDICA

SOLICITANTE RELACIÓN CON EL SOLICITANTE DESORDEN Y/O CONDICIÓN MÉDICA

## HÁBITOS

¿Usted o alguno de sus dependientes alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilegales? Si respondió 'Sí', por favor explicar.

S  N

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO

Previo  Actual  
\_\_\_\_\_  
CONSUMO

\_\_\_\_\_  
PERIODO (DESDE - HASTA)

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO

Previo  Actual  
\_\_\_\_\_  
CONSUMO

\_\_\_\_\_  
PERIODO (DESDE - HASTA)

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO

Previo  Actual  
\_\_\_\_\_  
CONSUMO

\_\_\_\_\_  
PERIODO (DESDE - HASTA)

## MÉDICOS PERSONALES Y EXÁMENES DE RUTINA

¿Usted o alguno de sus dependientes tiene un médico primario o ha consultado a un especialista? Si respondió 'Sí', por favor proporcionar la siguiente información.

S  N

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD

\_\_\_\_\_  
TELÉFONO

¿Alguno de los solicitantes ha tenido un examen pediátrico, ginecológico o rutinario en los últimos 2 años? Si respondió 'Sí', por favor proporcionar la siguiente información.

S  N

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)

## CUESTIONARIO MÉDICO

Sección A: Según su mejor entendimiento y conocimiento, ¿hay alguna persona nombrada en esta solicitud que durante los últimos 10 años (con la excepción de las preguntas (a) y (b) las cuales deben declararse de por vida) haya padecido o padece de alguna de las siguientes enfermedades y/o condiciones?:

a. Tumores: Tumores malignos o benignos, Cáncer. Si respondió "Sí", por favor indique el tipo \_\_\_\_\_  S  N

b. Cirugías: ¿Alguna condición médica que haya requerido procedimiento quirúrgico? Si respondió "Sí", por favor indique diagnóstico \_\_\_\_\_  S  N

c. Desórdenes Infecciosos: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Sinusitis, Hepatitis, Bronquitis, Neumonía, Tuberculosis, SIDA, Enfermedades de transmisión sexual  S  N

d. Desórdenes del Sistema Neurológico: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Convulsiones, Cefalea, Parálisis cerebral, Demencias, Retraso mental o del desarrollo, Autismo, Neuritis o Accidente vascular encefálico  S  N

e. Desórdenes Mentales: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Psicosis, Esquizofrenia, Neurosis, Ansiedad, Adicción a drogas, alcohol o sustancias controladas, Desórdenes alimenticios, Depresión  S  N

f. Desórdenes del Sistema Auditivo, Olfatorio, Visión, Garganta: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Cataratas, Queratocorno, Glaucoma, Otosclerosis, Tinnitus  S  N

g. Desórdenes del Sistema Endocrino: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Diabetes, Síndrome metabólico, Alteraciones de Tiroides, Hipofísis, Páncreas, Suprarrenales  S  N

- h. Desórdenes del Sistema Cardiovascular: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Hipertensión arterial, Obstrucción de Arterias, Enfermedades de válvulas cardíacas, Trombosis, Embolismo, Insuficiencia cardíaca, Arritmias, Dislipidemias  S  N
- i. Desórdenes del Sistema Respiratorio: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Enfisema.  S  N
- j. Desórdenes Hematológicos: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Alteración de glóbulos rojos, leucocitos, Enfermedades autoinmunes, Desórdenes de la coagulación, Inmunodeficiencias, Alergias  S  N
- k. Desórdenes de la Piel: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Dermatitis, Psoriasis  S  N
- l. Desórdenes del Sistema Músculo Esquelético: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Artrosis / Artritis, Gota, Desórdenes de Columna Vertebral, Huesos, Articulaciones, Músculos, Fracturas, Accidentes, Reemplazo articular o material de fijación  S  N
- m. Desórdenes del Sistema Digestivo: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Úlceras, Inflamación, Enfermedad de Crohn, Colitis, Alteraciones del Hígado o Vesícula biliar, Sangramiento digestivo, Hernias  S  N
- n. Desórdenes del Sistema Urinario: Síntomas, signos o enfermedades tales como: Insuficiencia renal, Cálculos, Quistes, Enfermedades de Vejiga, Uréteres o Uretra  S  N
- o. Género Femenino: Síntomas, signos o enfermedades relacionados con: Mamas, Útero, Ovarios, Trompas o Vagina  S  N
- p. Embarazos: ¿Está embarazada? en caso afirmativo especifique edad gestacional \_\_\_\_\_ Embarazos por algún método de fertilización \_\_\_\_\_  
 Número de: Embarazos \_\_\_\_\_ Partos normales \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Motivo de cesárea \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Motivo de abortos \_\_\_\_\_  
 Complicación del embarazo o del parto, embarazo múltiple, o un hijo(a) con algún defecto de nacimiento, Enfermedad congénita o Hereditaria \_\_\_\_\_  S  N
- q. Género Masculino: Síntomas, signos o enfermedades relacionados con: Próstata u Órganos reproductores  S  N
- r. Trasplantes: Receptor, candidato, donante de órganos, tejidos o células madres.  S  N
- s. Congénitas/Hereditarias: Enfermedades congénitas, malformaciones o condiciones hereditarias  S  N
- t. Otras Condiciones: Síntomas, signos o enfermedades tales como: síndromes, tratamientos o consultas por condiciones no mencionados anteriormente.  S  N
- u. Medicamentos: Algún medicamento que esté tomando o haya tomado de forma regular  S  N

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

- a) ¿Ha 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) ¿Ha 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

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DE LA MEDICINA Y LA DOSIS DIARIA

\_\_\_\_\_  
 COSTO MENSUAL

\_\_\_\_\_  
 FECHA DE SU ÚLTIMO CHEQUEO MÉDICO (MM/DD/AAAA)

\_\_\_\_\_  
 NOMBRE DEL MÉDICO PRIMARIO

\_\_\_\_\_  
 TELÉFONO DEL MÉDICO PRIMARIO

\_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN DEL MÉDICO PRIMARIO

c) ¿Ha disminuido o aumentado de peso en los últimos 12 meses? En caso afirmativo, indique:

S N

NOMBRE

KG LB

¿CUÁNTO?

¿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 / TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

2. NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

3. NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

4. NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

## COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA

Desde el momento en que la Aseguradora recibe la solicitud completa y firmada y la prima total de la Póliza hasta la Fecha de Inicio de Cobertura, o sesenta (60) días a partir de la fecha en que la Aseguradora recibe la solicitud, lo que suceda primero, la Aseguradora acuerda cubrir a todos los propuestos asegurados hasta un beneficio máximo de veinticinco mil dólares \$25.000 por Póliza o treinta mil dólares \$30.000 para el Medical Elite, por gastos médicos derivados de lesiones corporales sufridas en un Accidente ocurrido mientras esta Cobertura Temporal de Emergencia esté en vigor.

Si el pago total no ha sido realizado dentro del período de sesenta (60) días, no existirá Cobertura Temporal de Emergencia tal y como se describe en el párrafo anterior, por el contrario, la cobertura comenzará el día 1 o el 15 (lo que ocurra primero) siguiente a la fecha en que se haya recibido el pago total.

Esta cobertura temporal para Accidentes está sujeta y gobernada por los mismos términos, provisiones o exclusiones de la Póliza que hubiesen sido aplicados si la Póliza bajo la cual se solicitó cobertura hubiese estado en vigor en la fecha del Accidente del propuesto Asegurado. Este beneficio está sujeto al Deducible escogido por el Asegurado y no será válido si la solicitud es declinada por cualquier razón.

Las lesiones sufridas en un Accidente ocurrido mientras la solicitud esté siendo evaluada no serán motivo para declinar una solicitud.

# RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

AL FIRMAR, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN LO SIGUIENTE:

- 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 total 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 primero o el día quince, dependiendo de la fecha que la Compañía de Seguros aprobó la solicitud.
- b) La información y las respuestas facilitadas son verdaderas, completas, correctas y no son falsas hasta donde tengo conocimiento (Información Completa), están correctamente desglosadas y revisadas por mí de buena fe. Entiendo que la información ofrecida en esta solicitud será decisiva para la aprobación de la cobertura requerida y que cualquier omisión, tergiversación y/o error en dicha información será razón para la rescisión, cancelación o modificación de la cobertura que estoy solicitando.
- Si el Solicitante intenta o realiza un fraude por medio de omisión, tergiversación o engaño, para obtener beneficios para sí mismo, sus dependientes o alguna persona que no tenga derecho a tales beneficios o pagos, esto tendría como resultado que El Asegurado Titular y los Asegurados Dependientes pierdan automáticamente todos los derechos de cobertura ofrecidos en la Póliza. Además, en estos casos, El Asegurado Titular será responsable de reembolsar de forma inmediata, al primer requerimiento de La Aseguradora, todos los pagos realizados por ésta al Asegurado Titular o directamente al Proveedor de servicios médicos en virtud de la Póliza. La prima no devengada que pudiera ser reembolsable, será abonada a cualquier cantidad que se hubiera pagado por error.
- En caso de que tuviera lugar la rescisión, cancelación o terminación de la cobertura, La Aseguradora no tendrá obligación alguna de pagar o reembolsar ninguna cantidad por siniestros médicos que hubieran sido o fueran a ser reclamados en virtud de la póliza.
- c) 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
- d) Autorizo a cualquier médico con licencia, médico practicante, hospital, clínica, u otro establecimiento médico o médicamente relacionado, Compañía de Seguros, agencia gubernamental, u otra organización, institución o persona que tenga un registro o conocimiento de mí o mi salud y la de mis dependientes nombrados en esta solicitud, para dar a la compañía aseguradora, sus reaseguradores y afiliados de dicha información, incluyendo copias de los registros relativos a consejo, cuidado o tratamiento proporcionado a mí o mis dependientes, sin limitación alguna a información relativa a enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. Además, autorizo a Best Doctors Insurance Company, sus filiales y sus reaseguradores para usar o divulgar dicha información a sus empresas afiliadas, proveedores, pagadores, otros aseguradores, administradores de riesgos, consultores y cualquier entidad cuando sea necesario para nuestra atención o tratamiento, pago de servicios, el funcionamiento de nuestro plan de salud, o para llevar a cabo actividades relacionadas. Una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como la original.
- e) Mis dependientes y yo, personas a ser cubiertas por este seguro, entiendo 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.
- f) El Solicitante entiende que está solicitando un plan de seguro médico internacional que no cumple con las regulaciones y/ o coberturas obligatorias exigidas por las autoridades de su país de residencia u otras jurisdicciones.
- g) Para dar cumplimiento a las regulaciones de la Oficina de Control de Activos extranjeros de los Estados Unidos (OFAC), todos los solicitantes deberán ser chequeados contra la lista de "Nacionales Especialmente Designados" o "SDN" y su cobertura pudiera ser revocada, en caso de un resultado positivo.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA (MM/DD/AAAA)

IMPORTANTE: COMO AGENTE, ACEPTO COMPLETA RESPONSABILIDAD POR EL ENVÍO DE ESTA SOLICITUD, ASÍ COMO TODA LA PRIMA COLECTADA. DESCONOZCO DE ALGUNA CONDICIÓN QUE NO HAYA SIDO DECLARADA EN ESTA SOLICITUD, LA CUAL AFECTARÍA LA ASEGURABILIDAD DE LOS SOLICITANTES.

NOMBRE Y CÓDIGO DEL AGENTE

FIRMA DEL AGENTE

FECHA (MM/DD/AAAA)

## BENEFICIARIO

(En caso de fallecimiento del titular para propósito de devolución de la prima no devengada y/o reembolso)

NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

FECHA DE NACIMIENTO  
(MM/DD/AAAA)

RELACIÓN CON  
EL SOLICITANTE PRINCIPAL

## INFORMACIÓN DE PAGO

MODO DE PAGO:

Anual  Semi-Anual  Trimestral

RESUMEN DE PAGO:

PRIMA (USD)

TASA ADMINISTRATIVA ANUAL (USD)

\$75

ENDOSOS DE COBERTURA ADICIONAL (USD)

TOTAL (USD)



La póliza de seguro es emitida por Best Doctors Insurance Limited, compañía registrada en Bermuda. Servicio de administración de seguros médicos ofrecido por Best Doctors Insurance Holdings, LLC. en representación de Best Doctors Insurance Limited. [www.bestdoctorsinsurance.com](http://www.bestdoctorsinsurance.com)

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