

Solicitud de Cobertura Médica

Importante: Por favor, verificar que toda la información requerida en esta solicitud haya sido debidamente completada. Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada 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
Si cambio de plan, por favor indique nombre del plan anterior _____
- Dependientes adicionales
- Rehabilitación

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S)	NOMBRE(S)	
DIRECCIÓN		SEXO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
CIUDAD	PAÍS	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo (a) <input type="checkbox"/> Compañero (a) Doméstico
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO (OFICINA O MÓVIL)	FAX
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	ESTATURA	PESO
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> PIES	<input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> LB

OCUPACIÓN	NÚMERO DE CÉDULA
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ¿Desea participar en el programa gratuito Elite Navigator™ que le brinda soporte médico?	

SELECCIONE EL DEDUCIBLE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> I - \$500/\$1,000 | <input type="checkbox"/> IV - \$5,000/\$5,000 |
| <input type="checkbox"/> II - \$1,000/\$2,000 | <input type="checkbox"/> V - \$10,000/\$10,000 |
| <input type="checkbox"/> III - \$2,000/\$3,000 | <input type="checkbox"/> VI - \$20,000/\$20,000 |

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES Y CUOTAS

1. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

CUOTA (USD)

RELACIÓN CON
EL SOLICITANTE

FECHA DE NACIMIENTO
(MM/DD/AAAA)

ESTATURA

M PIES

PESO

KG LB

SEXO

M F

2. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

CUOTA (USD)

RELACIÓN CON
EL SOLICITANTE

FECHA DE NACIMIENTO
(MM/DD/AAAA)

ESTATURA

M PIES

PESO

KG LB

SEXO

M F

3. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

CUOTA (USD)

RELACIÓN CON
EL SOLICITANTE

FECHA DE NACIMIENTO
(MM/DD/AAAA)

ESTATURA

M PIES

PESO

KG LB

SEXO

M F

4. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

CUOTA (USD)

RELACIÓN CON
EL SOLICITANTE

FECHA DE NACIMIENTO
(MM/DD/AAAA)

ESTATURA

M PIES

PESO

KG LB

SEXO

M F

SOLICITANTE PRINCIPAL (USD)

DEPENDIENTES (USD)

ENDOSOS DE COBERTURA ADICIONAL (USD)

TARIFA ADMINISTRATIVA ANUAL (USD)

75

TOTAL (USD)

INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA 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 cobertura médica o de vida rechazada, aceptada sujeta a restricciones, o a una cuota mayor que las tarifas estándar de la compañía para cualquiera de los solicitantes?
Si respondió 'Sí', por favor adjunte detalles.

S N ¿Ha tenido cobertura médica con Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada o cualquiera de sus afiliados?
Si respondió 'Sí', indique la fecha (MM/DD/AAAA) _____
Si es un cambio de plan/deducible, por favor indique su número de contrato _____

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

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

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

S N ¿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.

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

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

SOLICITANTE NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD TELÉFONO

SOLICITANTE NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD TELÉFONO

SOLICITANTE NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD TELÉFONO

S N ¿Alguno de los solicitantes ha tenido un examen pediátrico, ginecológico o rutinario en los últimos 5 años? **Si respondió 'Sí'**, por favor proporcionar.

SOLICITANTE DESCRIPCIÓN (QUE INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)

SOLICITANTE DESCRIPCIÓN (QUE INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)

SOLICITANTE DESCRIPCIÓN (QUE INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)

CUESTIONARIO MÉDICO

Indique S Si o N No a todas las preguntas de este cuestionario

SECCIÓN A: Según su mejor entendimiento y conocimiento, ¿hay alguna persona nombrada en esta solicitud que haya padecido en cualquier momento de su vida o padece de alguna de las siguientes enfermedades y/o condiciones?:

- 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

CUESTIONARIO MÉDICO (CONTINUACIÓN)

- S N l) Femenino: Actualmente embarazada (Fecha de Parto) (MM/DD/AAAA)

- S N m) Número de: Embarazos _____ Partos Normales _____
Partos Cesárea _____ Abortos _____ Motivo de Cesárea _____
- 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 o receptor para un trasplante de órgano, médula ósea o células madres?
- S N u) ¿Algún solicitante es candidato o receptor para prótesis, clavija, tornillos, clavos, alambre, placa ósea/articular?

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 (MM/DD/AAAA)

NOMBRE DEL MÉDICO

TELÉFONO DEL MÉDICO

DIRECCIÓN DEL MÉDICO

- S N d) ¿Alguna persona nombrada en esta solicitud ha disminuido o aumentado de peso en los últimos 12 meses? **En caso afirmativo**, indique:

NOMBRE

¿CUANTO?

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 / 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)

COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA

Desde el momento en que La Compañía recibe la solicitud completa y firmada y la cuota total del Contrato hasta la Fecha de Inicio de Cobertura, o sesenta (60) días a partir de la fecha en que La Compañía recibe la solicitud, lo que suceda primero, La Compañía acuerda cubrir a todos los propuestos contratantes hasta un beneficio máximo de treinta y cinco mil dólares (\$35.000) por contrato, por gastos médicos derivados de lesiones corporales sufridas en un Accidente ocurrido mientras esta Cobertura Temporal de Emergencia esté en vigor.

Si el pago 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) siguientes a la fecha en que se haya recibido el pago.

Esta cobertura temporal para Accidentes está sujeta y gobernada por los mismos términos, provisiones, exclusiones del Contrato que hubiesen sido aplicados si el Contrato bajo el cual se solicitó cobertura hubiese estado en vigor en la fecha del Accidente del propuesto Contratante. Este beneficio está sujeto al Deducible escogido por el Contratante y no será válida 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 S.A. Empresa de Medicina Prepagada (La Compañía) se reserva el derecho de aceptar o denegar su solicitud. La cobertura del contrato no entrará en vigor hasta que La Compañía haya recibido el pago de la cuota, se haya completado la evaluación de riesgo, se haya aprobado la solicitud, y se ha emitido el contrato. La cobertura del contrato entrará en vigor el día primero o el día quince del mes siguiente de la fecha que La Compañía 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 mi solicitud y que cualquier tergiversación y/o error en dicha información será razón para la cancelación o terminación de la cobertura que estoy solicitando. La Compañía, según su propio criterio y sin obligación de demostrar motivos fundados, puede cancelar y/o anular un contrato previamente emitido sin previo aviso o notificación. En el caso de que tuviera lugar una cancelación La Compañía 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 del contrato, sujeto al reembolso por La Compañía de la parte de la cuota pagada en base al cálculo establecido en la cláusula de rescisión del contrato, deduciendo cualquier cantidad que hubiera sido abonada en virtud del contrato con anterioridad a su cancelación por motivos de falsedad.
- c) Usted deberá devolver a La Compañía cualquier cantidad que haya recibido de la misma en virtud del contrato, si éste se cancela o queda anulado como resultado de no haber facilitado Información Completa y las cantidades que se deban reembolsar tal y como se establecen en (b) más arriba no fueran suficientes para que La Compañía cobrara las cantidades a que tuviera derecho.
- d) Autorizo a cualquier médico con licencia, médico practicante, hospital, clínica, u otro establecimiento médico o médicamente relacionado, compañía de medicina prepagada, compañía de seguros, agencia gubernamental, MIB, Inc. ("MIB") u otras 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 La Compañía, sus reaseguradores y afiliados, dicha información, incluyendo copias de los registros relativos a consejo, cuidado o tratamiento proporcionado a mí o mi dependientes, sin limitación alguna a información relativa a enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. Además autorizo a Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada, sus filiales y sus reaseguradores para usar o divulgar dicha información a sus empresas afiliadas, proveedores, pagadores, otros aseguradores, administradores de riesgos, proveedores, consultores y cualquier entidad cuando sea necesario para nuestra atención o tratamiento, pago de servicios, el funcionamiento de nuestro contrato de salud, o para llevar a cabo actividades relacionadas; y realizar un informe breve de nuestra información personal de salud a MIB. Una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como la original.
- e) Usted y las personas a ser cubiertas por este contrato 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 o a cualquiera de sus afiliados o subcontratistas.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA (MM/DD/AAAA)

IMPORTANTE:

COMO **AGENTE**, ACEPTO COMPLETA RESPONSABILIDAD POR EL ENVÍO DE ESTA SOLICITUD ASI COMO DE TODA LA CUOTA COLECTADA. DESCONOZCO DE ALGUNA CONDICIÓN QUE NO HAYA SIDO DECLARADA EN ESTA SOLICITUD, LA CUAL AFECTARIA LA ASEGURABILIDAD DE LOS SOLICITANTES.

NOMBRE Y CÓDIGO DEL AGENTE

FIRMA DEL AGENTE

INFORMACIÓN DE PAGO

MODO DE PAGO:

- Anual
 Semi-Anual

MÉTODO DE PAGO:

- Tarjeta de Crédito**
 Cheque: Pago a la orden de Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada
 Transferencia Bancaria

RESUMEN DE PAGO:

CUOTA (USD)

ENDOSOS DE COBERTURA
ADICIONAL (USD)

75

TASA ADMINISTRATIVA
ANUAL (USD)

TOTAL (USD)



Best Doctors[®]

BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA

El contrato emitido por Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada, compañía registrada en Ecuador.

Medical Elite Servicio al Cliente

Llamada Gratuita dentro de los EE .UU. 1 866 902 9473

Números Generales

EE .UU. 1 305 269 2521
Llamada Gratuita dentro de los EE .UU. 1 866 902 7775
Ecuador 04502 8000