

Declaración

(Solicitud de Seguro de Salud)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

Número de Póliza	
Fecha de Efectividad	

I - INFORMACIÓN PERSONAL

Propuesto Asegurado Principal o Tutor Legal de Menor	Nombre (s) 1 ^{er} Apellido 2 ^{do} Apellido		Identificación Oficial o Pasaporte #	Estado Civil <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja Doméstica	
Dirección Residencial Permanente	Calle y Número		Ciudad	Estado/Provincia	País
Correo Electrónico	Teléfono Móvil			Teléfono Residencial	Código Postal
Nombre del Empleador	Ocupación			<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Autónomo <input type="checkbox"/> Negocio Propio	
Dirección del Empleador				Teléfono Trabajo	
Nombre del Empleador del Cónyuge	Ocupación			Teléfono Adicional	

II - PROPUESTOS ASEGURADOS (Hijos solteros hasta los 23 años pueden ser registrados como dependientes en la solicitud de los padres)

	Primer y Segundo Nombre	Apellidos	Género <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha Nacimiento (dd / mm / aaaa)	Estatura <input type="checkbox"/> Ft <input type="checkbox"/> Mt	Peso <input type="checkbox"/> Lb <input type="checkbox"/> Kg	País de Residencia
Principal			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				
Cónyuge			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				
Hijo(a)			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				
Hijo(a)			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				
Hijo(a)			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				
Hijo(a)			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M				

Si necesita más espacio, o la dirección de algún Propuesto Asegurado es diferente a la del Propuesto Asegurado Principal o Tutor Legal de Menor, indique en la Sección VIII: nombre, dirección, teléfono y razón.

III - INFORMACIÓN MÉDICA (Si no tiene médico indique "Ninguno")

	Nombre Completo del Médico	Dirección del Consultorio, Clínica u Hospital	Teléfono o Email
Principal			
Cónyuge			
Hijo(a)			
Hijo(a)			
Hijo(a)			
Hijo(a)			
a) ¿Alguno de los propuestos asegurados incluidos en esta solicitud tiene alguna cobertura de salud existente con nosotros o cualquier otra aseguradora?	Nombre de la Aseguradora:		Fecha Renovación (dd/mm/aaaa):
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa , ofrezca detalles.	Detalles:		
b) ¿ Es la intención de esta solicitud reemplazar una cobertura de salud existente o cancelada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa , ofrezca detalles.			

IV - BENEFICIO DE SEGURO DE VIDA BÁSICO (Sólo aplica al Propuesto Asegurado Principal y su Cónyuge)

Designación de Beneficiarios Primarios. Indique el nombre completo de cada persona, fecha de nacimiento y porcentaje designado.

Principal	
Cónyuge	

V - INFORMACIÓN DE PAGO (USD)

<p>a) MÉTODO DE PAGO</p> <p><input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Débito Bancario <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Transferencia</p> <p>(Pagos por Débito Bancario o Tarjeta de Crédito, requieren completar el Formulario de Autorización)</p> <p>*La Compañía no acepta los cargos impuestos por la Institución Financiera de su elección.</p>	<p>b) MODALIDAD DE PAGO</p> <p><input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Otro _____ Pago Modal \$ _____</p> <p>Nombre del Pagador _____ (si es diferente al Propuesto Asegurado Principal o Tutor Legal de Menor)</p> <p>Relación _____</p>
---	--

VI - DETALLES DEL PLAN (USD)

Nombre del Plan		Cantidad del Beneficio	
Deducible Seleccionado		Deducible en EE.UU.	
Anexos / Endosos			

COSTO (USD)	Prima Subtotal Anual	
	Policy Fee	
	Prima Total Anual	
	Cantidad Enviada con la Solicitud	

VII - DECLARACIÓN DE ASEGURABILIDAD (Todas las respuestas son mandatorias)

En respuesta afirmativa para cualquier persona en esta declaración, circule la condición específica y ofrezca detalles a continuación:		Si	No
1- Alguna vez usted, o algún otro propuesto asegurado incluido en esta solicitud ¿ha sido declinado, le han pospuesto cobertura, o clasificado como riesgo no-estándar?; o ¿su cobertura de seguro fue modificada, cancelada o no renovada, ya sea para vida, salud u otro seguro similar, o cualquier otra compañía aseguradora?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Alguna vez usted, o algún propuesto asegurado incluido en esta solicitud ¿ha sido examinado, diagnosticado, hospitalizado, o ha recibido recomendación médica para realizarse pruebas de diagnóstico, tratamiento y/o cirugía por cualquiera de las siguientes condiciones médicas o padecimientos?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a. Problemas de la vista, glaucoma, ceguera, cataratas, problemas con los oídos, pérdida de audición, mareos, garganta, nariz, sinusitis, desviación del septum nasal o deformación;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Trastorno mental, de conducta, emocional o alimenticio, ansiedad, depresión, psicosis, bipolar, asesoría o terapias psicológicas o psiquiátricas, epilepsia, convulsiones, migrañas, esclerosis múltiple, distrofia muscular, parálisis, poliomielitis o cualquier otra afección del sistema nervioso central y neurológico;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Hipertensión, colesterol elevado, triglicéridos, infarto cardiaco, arritmia, angina/dolor de pecho, soplo, apoplejía, accidente isquémico transitorio (TIA), aneurisma, venas varicosas, coágulo sanguíneo o cualquier otra afección del sistema cardiovascular o circulatorio;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Asma, enfisema, bronquitis, sinusitis, alergias, neumonía, apnea, tos crónica, tuberculosis o cualquier otra afección del sistema respiratorio o pulmonar;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Hepatitis, pancreatitis, páncreas, diarrea crónica, colitis ulcerativa, hernia hiatal, gastritis, úlcera péptica, esofagitis, hemorroides, trastornos del recto o del intestino, enfermedad parasitaria, vesícula, hígado, vejiga, riñones o cualquier otra afección del sistema gastrointestinal o urinario;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Artritis reumatoide, artritis (cualquier tipo), reumatismo, fiebre reumática, osteoporosis, gota, síndrome de la articulación temporomandibular (TMJ), amputación, deformidad o incapacidad, dolor de espalda, discos herniados, o cualquier otro trastorno o enfermedad de los huesos, músculos o articulaciones (incluyendo reemplazos), médula ósea, tejido conectivo, lupus (cualquier tipo), o cualquier otra afección del sistema inmunológico y óseo;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Cáncer, tumor, quiste o crecimiento, queratosis, anemia (cualquier tipo), hemofilia, leucemia, infección de la sangre, nódulo linfático engrandecido, o cualquier otra afección del sistema linfático o hematológico;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Dermatitis, psoriasis, enfermedades parasitarias tal como la enfermedad de Chagas, o cualquier otra afección en la piel;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Diabetes, prediabetes, azúcar en orina, insuficiencia de la glándula pituitaria o adrenal, tiroides, o cualquier otra afección del sistema endocrino;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Si es mujer : glándulas mamarias, implantes o prótesis de seno, condiciones derivadas de implantes de senos, endometriosis, desarreglos con la menstruación, exámenes con resultados alterados, tratamiento/problemas de infertilidad, o cualquier otra afección de los genitales internos/externos. Si es hombre : glándulas mamarias, implante de pene, próstata, PSA elevado, disfunción sexual, condiciones derivadas de implantes de pene, o cualquier afección de los genitales internos/externos;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Si es mujer ¿esta embarazada? Indique fecha de la última menstruación: _____(dd/mm/aaaa). ¿Es este embarazo resultado de un tratamiento de fertilidad?, ¿Tiene usted antecedentes o se anticipa complicaciones con el embarazo?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Condiciones congénitas, enfermedades hereditarias, mutaciones genéticas o cualquier malformación;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Síndrome de Inmune Deficiencia Adquirida (SIDA), VIH positivo, Complejo Relacionado con SIDA (CRS), enfermedad oportunista relacionada con el SIDA, cualquier otra afección o padecimiento del sistema inmunológico, enfermedades de transmisión sexual, incluyendo herpes y virus del papiloma humano;		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Cualquier otro desorden fisiológico, mental, lesión, accidente o incapacidad que no haya sido mencionado previamente en esta sección.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- En los últimos diez (10) años , usted o algún otro propuesto asegurado incluido en esta solicitud:			
a. ¿se ha realizado algún chequeo físico de rutina o examen médico?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿ha tenido algún resultado anormal o alterado durante un chequeo físico de rutina o examen médico?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿le han recomendado, o se ha realizado alguna prueba de diagnóstico tal como rayos x, electrocardiograma, ecocardiograma, electroencefalograma, laboratorios o cualquier otro examen o procedimiento de diagnóstico?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿ha estado ingresado en un centro médico, clínica, hospital, sanatorio, centro de rehabilitación o cualquier otra facilidad similar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿está o ha estado bajo tratamiento médico, físico o mental?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿se ha realizado algún procedimiento quirúrgico como paciente ambulatorio o internado?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿le han advertido, recomendado o prescrito algún procedimiento quirúrgico y/o tratamiento potencial que no se ha realizado en los últimos doce (12) meses, o que fuese realizado y usted se encuentra esperando por los resultados?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿ha recibido algún tipo de tratamiento por alcoholismo, drogadicción y/o cualquier otra sustancia o adicción?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿ha usado tabaco (cualquier de sus formas) en los últimos doce (12) meses? Indique cantidad por día _____. Si dejó de fumar: _____(dd/mm/aaaa).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- ¿Usted o algún otro propuesto asegurado incluido en esta solicitud, tiene un familiar inmediato (padre/madre/hermanos) con historial de cáncer, epilepsia, accidente cerebrovascular, diabetes, hipertensión, condiciones cardiovasculares o de circulación, o cualquier otra condición hereditaria o congénita?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OFREZCA DETALLES A LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS (Si necesita más espacio refiérase a la Sección VIII de esta solicitud)

Nombre del Propuesto Asegurado	Pregunta Número	Nombre del Médico, Diagnóstico, Tratamiento, Cirugía y Medicamentos que toma regularmente	Fecha (dd/mm/aaaa)	Estado de Salud Actual

IX – DECLARACIÓN Y ACUERDO

DECLARACIÓN

Yo, el Propuesto Asegurado Principal o Tutor Legal de Menor, con mi firma a continuación por este medio **DECLARO** y **CERTIFICO** que he leído las preguntas de esta declaración/solicitud y que todas las respuestas ofrecidas por mí, o un Consultor o Representante asignado por mí son ciertas, completas, exentas de tergiversación y omisión de información relevante al riesgo. **ENTIENDO** que estas respuestas serán la base utilizada por la Compañía y/o sus reaseguradores para aceptar o declinar esta solicitud, y si es aprobada, la cobertura solicitada no entrará en vigor hasta que la Compañía emita el contrato de la póliza y cobrado el pago de la prima. **ENTIENDO** que copia de esta solicitud formará parte de la póliza de seguros.

ACUERDO

Yo, el Propuesto Asegurado Principal o Tutor Legal de Menor, con mi firma a continuación por este medio **HAGO CONSTAR** que el Consultor o Representante elegido por mí, me ha explicado los beneficios de la cobertura de seguro solicitada y he recibido los Avisos al Consumidor de Seguros requeridos por esta solicitud. **ACUERDO** que los detalles específicos sobre las Disposiciones Generales, Obligaciones del Asegurado, Limitaciones y Exclusiones están contenidos en el contrato de la póliza. Asimismo, **ACUERDO** que:

1. Los beneficios provistos por este seguro están sujetos al pago del Deducible y Coaseguro, la terminación de los Períodos de Espera, y el pago de beneficios de acuerdo con los costos Razonables, Usuales y Acostumbrados por un servicio igual o similar en una zona geográfica y a las disposiciones, limitaciones, exclusiones y condiciones particulares de la póliza.
2. Ningún Agente, Consultor o Representante está autorizado a realizar cambios, modificar o comprometer los derechos de la Compañía bajo la póliza.
3. Todo pago de prima deberá realizarse a nombre de la Compañía. Nosotros no somos responsables por pagos realizados en efectivo o a nombre de una tercera persona o entidad.
4. El seguro aquí solicitado no está autorizado y no provee cobertura a personas domiciliadas y/o residentes en los EE.UU., sus territorios y Canadá.
5. Cualquier cambio de domicilio y/o país de residencia al declarado en esta solicitud deberá ser reportado a la Compañía, sujeto a cancelación, modificación de los beneficios y/o un cambio en la prima.
6. Cualquier condición preexistente, trastorno, lesión, accidente o incapacidad que no haya sido declarado en esta solicitud y aprobada por la Compañía no tendrá cobertura. Cualquier condición, trastorno, lesión, accidente o incapacidad que haya ocurrido antes de o en la fecha de firmada esta solicitud es considerada una condición preexistente.
7. Toda persona que conscientemente y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a la Compañía presente un reclamo por beneficios de una póliza de seguro que contiene información falsa, incompleta o engañosa, o que conscientemente presente información falsa en la solicitud de seguro, puede ser declarada culpable de fraude de seguros. En caso de encontrarse que, la solicitud de seguro contiene información incompleta, incorrecta, tergiversada, u omisión de información relevante al riesgo, la Compañía declinará beneficios, rescindirá el contrato de seguros desde su fecha de efectividad y devolverá el pago de las primas recibidas menos el policy fee y cualquier pago de beneficios previamente realizado por la Compañía.
8. Todos los propuestos asegurados incluidos en esta solicitud, voluntariamente **ACUERDAN** realizarse y revelar los resultados de cualquier examen médico o prueba solicitada por la Compañía.

Yo, el que suscribe ACEPTO los términos y condiciones de esta Declaración y Acuerdo.

Yo, el que suscribe CONSIENTO al Envío Electrónico de los documentos digital de la Póliza a mi correo electrónico incluido en esta solicitud.

Nombre del Propuesto Asegurado Principal o Tutor Legal de Menor

Firma del Propuesto Asegurado Principal o Tutor Legal de Menor

Fecha (dd/mm/aaaa)

Yo, el Consultor/Representante con mi firma a continuación, DECLARO que a mi leal saber todas las declaraciones provistas en esta solicitud son completas, correctas, exentas de cualquier tergiversación y omisión relevante al riesgo. Yo también, DECLARO que como Consultor/Representante, he completado esta solicitud en línea con el pleno CONSENTIMIENTO de mi cliente, el Propuesto Asegurado Principal o Tutor Legal de Menor firmando esta solicitud.

Nombre del Consultor/Representante

Firma del Consultor/Representante

Código

Fecha (dd/mm/aaaa)

Número de Póliza

Fecha de Efectividad

X - AUTORIZACIÓN | AUTHORIZATION

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Yo, el Propuesto Asegurado Principal o Tutor Legal de Menor, con mi firma a continuación y en representación de todos los propuestos asegurados incluidos en esta solicitud, **AUTORIZO** y **EXONERO** de toda responsabilidad a cualquier médico, practicante médico, profesional de la medicina, hospital, centro médico, clínica, compañías aseguradoras, al MIB, Inc. (Oficina de Información Médica) o cualquier otra persona, organización o institución, gubernamental o no, a revelar cualquier información sobre mi persona y demás propuestos asegurados incluidos en esta solicitud a Redbridge Insurance Company, Ltd. y sus Reaseguradores con el objetivo de evaluar esta solicitud y reclamos relacionados con mi póliza de seguro. Asimismo, **AUTORIZO** a Redbridge Insurance Company, Ltd. y sus Reaseguradores a realizar un breve reporte a MIB, Inc. sobre mi persona y demás propuestos asegurados incluidos en esta solicitud.

MIB, Inc. es una sociedad sin fines de lucros que sirve de banco de datos para el intercambio de información entre las compañías de seguros afiliadas que han jurado mantener la confidencialidad de la información y utilizan los datos exclusivamente para llevar a cabo funciones de seguros tales como suscripción, detección de fraude y otros fines contemplados dentro de la ley. Si se pide un seguro o se presenta un reclamo ante una compañía afiliada, dicha compañía podría solicitar que MIB, Inc. suministre la información que tenga sobre su persona. Si se recibe un pedido del solicitante, MIB, Inc. hará los arreglos necesarios para tramitar la entrega de la información que tenga en archivo. Si usted entiende que la información que se encuentra en los archivos de MIB, Inc. es incorrecta, puede comunicarse con MIB, Inc. y solicitar su corrección. La dirección de la oficina de MIB, Inc. es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734. El número de teléfono de MIB, Inc. es (866) 692-6901. También puede visitar su portal www.mib.com.

ENTIENDO que Redbridge asegura la confidencialidad de mis datos y estos podrán ser utilizados por la Compañía para llevar a cabo funciones de seguros tales como suscripción y detección de fraudes, entre otros permitidos por la ley.

Una copia de esta autorización deberá considerarse tan válida como el original. Esta autorización se otorga y es efectiva de inmediato.

Yo, el abajo firmante, Autorizo la Revelación de Información.

Nombre del Propuesto Asegurado Principal
o Tutor Legal de Menor

Fecha Nacimiento
(dd/mm/aaaa)

Firma del Propuesto Asegurado Principal
o Tutor Legal de Menor

Fecha de la Firma
(dd/mm/aaaa)

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION

I, the Principal Proposed Insured or Child Legal Guardian, with my signature below and on behalf of all proposed insureds included in this application, **AUTHORIZE** and **EXONERATE** any physician, medical practitioner, medical professional, hospital, medical center, clinic, insurer, MIB, Inc. (Medical Information Bureau) or any other person, organization or institution, governmental or not, to release any information about myself and all other proposed insureds included in this application to Redbridge Insurance Company, Ltd. and its Reinsurers with the objective of assessing this application and claims related to my insurance policy. Also, I **AUTHORIZE** Redbridge Insurance Company, Ltd. and its Reinsurers to provide a short report to MIB, Inc. about myself and all other proposed insureds included in this application.

MIB, Inc. is a non-profit organization which serves as a databank for exchange of information among the affiliated insurance companies, who have pledged to keep the confidentiality of the information and uses the data exclusively to exercise their insurance functions such as underwriting, fraud detection and other contemplated purposes, to the extent permitted by the law. If insurance is requested or a claim is presented to an affiliate company, such company may request to MIB, Inc. to release information they have about yourself. If a request from the solicitant is received, MIB, Inc. shall make the necessary arrangements to process the delivery of the information on file. If you understand that the information found in the MIB, Inc. files is incorrect, you may contact MIB, Inc. and request its correction. The address of MIB, Inc. is 50 Braintree Hill Park, Suite 400, and Braintree, MA 02184-8734. The telephone number is (866) 692-6901. Also, you can visit their webpage www.mib.com.

I **UNDERSTAND** that Redbridge ensures the confidentiality of my data and such shall be used by the Company to carry out the insurance evaluation process such as underwriting and fraud detection, among others, permitted by the law.

A copy of this authorization is to be considered as valid as the original. This authorization is granted and is effective immediately.

I, the undersigned, Authorized the Released of Information.

Name of the Principal Proposed Insured
or Child Legal Guardian

Date of Birth
(dd/mm/yyyy)

Signature of the Principal Proposed Insured
or Child Legal Guardian

Signature Date
(dd/mm/yyyy)

Entrega requerida de estos Avisos al Propuesto Asegurado Principal o Tutor Legal de Menor

AVISO DE LA AGENCIA DE INFORMES AL CONSUMIDOR DE SEGUROS

NOTIFICACIÓN DEL MIB, INC.

La información relacionada con su asegurabilidad es gestionada de manera confidencial. Sin embargo, de acuerdo con su autorización previa por escrito, Redbridge Insurance Company, Ltd. y sus Reaseguradoras podrán presentar un breve informe de cualquier información relacionada con su persona ante el MIB, Inc. dentro de lo que permite la ley. MIB, Inc. es una organización sin fines de lucro que sirve de banco de datos para el intercambio de información entre compañías de seguros afiliadas, que han juramentado mantener la confidencialidad de la información y utilizan los datos exclusivamente para llevar a cabo funciones de seguro tal como suscripción, detección de fraude y otros fines contemplados, dentro de lo permitido por ley. Si un seguro es solicitado o se presenta una reclamación en una compañía afiliada, dicha compañía podrá solicitar a MIB, Inc. que revele la información que tengan sobre su persona. Si se recibe una petición del solicitante, MIB, Inc. hará los arreglos necesarios para tramitar la entrega de la información que tenga en archivo.

Si usted entiende que la información encontrada en los archivos de MIB, Inc. es incorrecta, puede comunicarse con MIB, Inc. y solicitar su corrección. La dirección de la oficina de MIB, Inc. es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734. El número de teléfono de MIB, Inc. es (866) 692-6901. También puede visitar su portal www.mib.com.

ADVERTENCIA DE FRAUDE

Todas las respuestas declaradas en la solicitud de seguro por el Propuesto Asegurado Principal o Tutor Legal de Menor, un Consultor o Representante son la base utilizada por la Compañía para declinar o aceptar la misma, emitir una póliza de seguro, realizar cualquier modificación y determinar la tarifa o cantidad de prima.

Si cualquier solicitud de seguro o reclamación presentada bajo esta póliza resulta en cualquier aspecto o forma fraudulenta, o cualquier otro mecanismo o medio es utilizado tal como información falsa, tergiversación o encubrimiento de factores relevantes, o cualquier intento de fraude o engaño es realizado para obtener una póliza de seguro o el pago de beneficios que de lo contrario no hubiese sido aprobado o pagado por la Compañía es considerado fraude de seguros. En caso de intento de fraude de seguro o si se encuentra que la solicitud de seguro contiene información incompleta, incorrecta, tergiversada u omite información relevante al riesgo, la Compañía declinará los beneficios, rescindiré el contrato de seguros desde su fecha de efectividad y devolverá el pago de las primas recibidas menos el policy fee y cualquier pago de beneficios previamente realizado por la Compañía.

El fraude o el intento de fraude es un delito condenado por ley, y está sujeto a penalidad civil y criminal.