

# Certificado de Buena Salud

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE O AFILIADO TITULAR (en caso de renovaciones)

APELLIDO (S)

NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)

NÚMERO DE CONTRATO (SÓLO PARA RENOVAIONES)

FECHA DE RENOVIACIÓN O FECHA DE FIRMA DE LA SOLICITUD (MM/DD/AAAA)

## CUESTIONARIO MÉDICO

¿Ha habido algún cambio en el estado de salud o alguno de los demas solicitantes o dependientes del contrato, desde la fecha de firmada la solicitud (para nuevos contratos en proceso) o de renovación hasta la fecha actual?

**Cambios en el estado de salud incluyen, pero no estan limitados a cualquiera de los siguientes: hospitalizaciones, diagnósticos, embarazos, lesiones, de cualquier tipo, tratamientos médicos/quirúrgicos, rehabilitación, consumo de nuevos medicamentos, consultas a doctores u otros proveedores, condición o síntomas de alguna enfermedad o desorden.**

S  N

Si contestó "Si", por favor provea una explicación sobre cualquier modificación de su salud\*:

Afiliado/Solicitante	Diagnóstico	Fecha (MM/DD/AAAA)	Nombre del Doctor

\* En caso de tener dudas sobre si es necesario declarar alguna condición o sintoma, favor de consultar con su agente y/o La Compañía

## DECLARACIÓN

- Con mi firma en este certificado declaro en mi nombre y en nombre de todas las personas incluidas como dependientes; que todos estamos actualmente en buena salud de acuerdo a mi mejor entendimiento y conocimiento.
- Certifico que lo declarado anteriormente es información completa, verdadera y correcta que ha sido revisada y suscrita por mi de buena fe. Confirмо que he sido informado que este Certificado de Buena Salud debe ser evaluado y aprobado por La Compañía.
- Entiendo que cualquier engaño o falsa declaración, ya sea por referencia, omisión u otro motivo, resultará en la perdida de la cobertura aprobada y/ o la negación de los reclamos de beneficios.

FECHA MM/DD/YYYY)

NOMBRE DEL AFILIADO TITULAR / SOLICITANTE

FIRMA

AGENTE

FIRMA

CÓDIGO

El contrato es emitido por Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada, compañía registrada en Ecuador. Servicios de medicina prepagada ofrecido por Best Doctors, S.A. Empresa de Medicina Prepagada en representación de Best Doctors Insurance Limited.

[www.bestdoctorsinsurance.com](http://www.bestdoctorsinsurance.com)

Para Servicio en Ecuador  
Para Servicio en los EE.UU.

04 4008000  
1 305 269 2521