

# Solicitud de Contrato Individual Para Dependientes Elegibles

**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 se necesita información adicional.

Emisión Automática de Contrato Individual para Dependiente- que alcanza los 24 años de edad.

Nota: Para cualquier otro cambio en cobertura favor llenar una solicitud completa

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDOS		NOMBRES		
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Compañero(a) Doméstico
SEXO		ESTADO CIVIL		
DIRECCIÓN				
CIUDAD		PAÍS	TELÉFONO (OFICINA O MÓVIL)	
CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE (Para la firma electrónica y el envío de correspondencia)			N° DE CONTRATO PREVIO	
PAÍS Y FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		ESTATURA	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> PIES	PESO <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> LB
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN (Favor anexar copia del documento)		NÚMERO DE DOCUMENTO	PAÍS DE EMISIÓN	OCUPACIÓN

## RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

### AL FIRMAR, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

- a) Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada (la Compañía) se reserva el derecho de aceptar o denegar esta Solicitud. La cobertura del Contrato no entrará en vigor hasta que la Compañía haya completado la evaluación de riesgo, haya aprobado la Solicitud, haya recibido el pago total de la cuota y se haya emitido el Contrato. La cobertura del Contrato entrará en vigor el día primero o el día quince del mes, dependiendo de la fecha que la Compañía aprobó la Solicitud.
- b) Si intento o realizo un fraude por medio de omisión, tergiversación o engaño para obtener beneficios para mí mismo o alguna persona que no tenga derecho a tales beneficios o pagos, esto tendría como resultado la pérdida automática de todos los derechos de cobertura ofrecidos. Además, en estos casos, seré responsable de reembolsar de forma inmediata, al primer requerimiento de la Compañía, todos los pagos que ésta me haya realizado o que haya realizado directamente al proveedor de servicios médicos en virtud del Contrato. La cuota 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 Compañía no tendrá obligación alguna de pagar o reembolsar ninguna cantidad por siniestros compensables que hubieran sido o fueran a ser reclamados en virtud del Contrato.
- c) Deberé 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 que las cantidades que se deban reembolsar, tal y como se establece en el inciso (b), 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, u otra organización, institución o persona que tenga un registro o conocimiento sobre mi salud para dar a la Compañía, sus filiales y reaseguradores dicha información, incluyendo copias de los registros relativos a consejo, cuidado o tratamiento, sin limitación alguna a información relativa a enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. Además, autorizo a la Compañía, sus filiales y reaseguradores para usar o divulgar dicha información a sus empresas afiliadas, proveedores, pagadores, otras empresas de medicina prepagada, administradores de riesgos, consultores y cualquier entidad cuando sea necesario para mi atención o tratamiento, pago de servicios, el funcionamiento de mi plan de medicina prepagada o para llevar a cabo actividades relacionadas. Una copia de esta autorización será tan válida como la original.
- e) Autorización para el Agente: Autorizo expresamente al agente de registro designado en esta solicitud para que pueda representarme ante la Compañía, así como para el manejo y administración de mi Contrato. Entiendo y estoy de acuerdo con que he elegido permitir al agente de registro para que tenga acceso a la totalidad de la información médica y relativa a mi salud (pasada, presente y futura) que se facilita a la Compañía o a cualquiera de sus filiales o subcontratistas.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA (MM/DD/AAAA)

**IMPORTANTE:** COMO AGENTE, ACEPTO COMPLETA RESPONSABILIDAD POR EL ENVÍO DE ESTA SOLICITUD, ASÍ COMO TODA LA CUOTA COLECTADA.

NOMBRE Y CÓDIGO DEL AGENTE

FIRMA DEL AGENTE

FECHA (MM/DD/AAAA)

## AUTORIZACIÓN PARA FIRMA DE CONTRATO ELECTRÓNICO

Por medio de la presente, Yo \_\_\_\_\_  
con cédula número \_\_\_\_\_ autorizo a el/la Sr.(a) \_\_\_\_\_  
con cédula número \_\_\_\_\_ para que, en mi nombre y representación, pueda firmar electrónicamente mi contrato de medicina prepagada con Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada (la Compañía) y cualquier anexo que sea emitido por la Compañía a través de la siguiente dirección electrónica:

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA (MM/DD/AAAA)

## INFORMACIÓN DE PAGO

CUOTA (US\$)

IMPUESTOS (US\$)

TOTAL (US\$)

Anual  Semestral \*  Mensual

FRECUENCIA DE PAGO DE CONTRATO

Corporativa  Personal

TIPO DE TARJETA

\* Solo aplica para Easy Care y Medical Care (LATAM)

Visa  American Express  Mastercard  Diners Club  Otra

INFORMACIÓN DE LA TARJETA

INDIQUE EL BANCO AL QUE CORRESPONDA

Diferido  Corriente  Con intereses  Sin intereses  3 meses  6 meses  9 meses  10 meses (preferencial sin intereses)  12 meses  12 meses (preferencial sin intereses)

FORMA DE PAGO

TOTAL A PAGAR PRIMER PAGO US\$

TOTAL A PAGAR SEGUNDO PAGO US\$

NOMBRES DEL TARJETAHABIENTE

APELLIDOS DEL TARJETAHABIENTE

NÚMERO DE TARJETA

FECHA DE CADUCIDAD (MM/AA)

CÓDIGO DE SEGURIDAD

CIUDAD

FECHA (DD/MM/AAAA)

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE

## AUTORIZACIÓN DE ORDEN DE DÉBITO

Yo, \_\_\_\_\_, titular de la tarjeta de crédito indicada en este formulario, autorizo a Best Doctors, S.A. Empresa de Medicina Prepagada para que procedan a cargar a mi tarjeta todos los valores por concepto de pago de las cuotas adeudadas del Contrato arriba indicado, en los plazos de pago establecidos y la forma de pago solicitada.

Debo y pagaré incondicionalmente y sin protesta al emisor de la tarjeta de crédito el total de los valores expresados en esta Autorización Para Pago con Tarjeta de Crédito, en el lugar y fecha que se convenga. En caso de mora, pagaré la tasa máxima autorizada para el emisor de la tarjeta de crédito y las tarifas que esta institución establezca por las gestiones correspondientes.

Me comprometo expresamente a enviar una comunicación escrita con 60 días de anticipación a las oficinas de Best Doctors, S.A. en caso de revocación de la presente autorización. De lo contrario, se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados. Acepto que el emisor de la tarjeta de crédito podrá dejar sin efecto esta autorización únicamente en caso de que la empresa proveedora del servicio contratado acepte por escrito dicha revocatoria.

De igual manera autorizo a que, en caso de pérdida, hurto, robo o cualquier circunstancia por la que fuera cambiado el número de la tarjeta de crédito arriba indicada, se utilice el nuevo número que se me asigne para efectuar todos los pagos de manera incondicional dentro del periodo correspondiente, de tal manera que el cambio del número indicado no sea causa para no cancelar los valores adeudados.

## INFORMACIÓN PARA EMISIÓN DE FACTURA

La factura deberá ser emitida a nombre de:

APELLIDOS

NOMBRES

RAZÓN SOCIAL

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (C.C./RUC)

DIRECCIÓN

CORREO ELECTRÓNICO AUTORIZADO PARA RECEPCIÓN DE FACTURA ELECTRÓNICA

TELÉFONOS

Nota: Por favor adjuntar copia de la cédula o RUC. Los datos deben de ser ingresados de acuerdo al R.U.C. Es responsabilidad del Contratante notificar cualquier cambio en el correo electrónico para el envío de las facturas.

Solicitud de Contrato Individual  
Para Dependientes Elegibles

Continúa

## INFORMACIÓN DE REEMBOLSO

YO AUTORIZO PARA QUE LOS PAGOS RELIZADOS POR LA COMPAÑÍA SE REALICEN MEDIANTE TRANSFERENCIA A LA ENTIDAD AFILIADA AL SISTEMA AUTOMÁTICO DE PAGOS QUE RELACIONO A CONTINUACIÓN. DECLARO QUE LA INFORMACIÓN BANCARIA ABAJO INDICADA ES CORRECTA.

NOMBRE EN LA CUENTA BANCARIA

NOMBRE DEL BANCO

RUC EN LA CUENTA BANCARIA

NÚMERO DE CUENTA

Corriente  Ahorros

TIPO DE CUENTA

**Personas Naturales**

Agregar fotocopia legible de Cédula.

**Importante:** Para poder realizar su proceso de reembolso, la cuenta bancaria proporcionada deberá ser una cuenta bancaria de Ecuador.