

3. NOMBRES Y APELLIDOS

NÚMERO DE CÉDULA

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) _____ ESTATURA M PIES PESO KG LB M F SEXO _____

4. NOMBRES Y APELLIDOS

NÚMERO DE CÉDULA

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE _____ FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA) _____ ESTATURA M PIES PESO KG LB M F SEXO _____

INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA ANTERIOR

- a) ¿Usted o alguno de sus dependientes cuentan con otra cobertura médica internacional? SI NO
Si respondió 'SI', por favor adjunte una copia del certificado de cobertura del plan y el comprobante del último pago.
- b) ¿Piensa continuar con esa cobertura? SI NO
- c) ¿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 NO
Si respondió 'SI', por favor adjunte detalles.
- d) ¿Ha tenido cobertura médica con Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada o cualquiera de sus afiliados? SI NO
Si respondió 'SI', indique la fecha (MM/DD/AAAA) _____
Si es un cambio de plan/deducible, por favor indique su número de contrato _____

Las respuestas bajo juramento a las preguntas que a continuación se realizarán son la base de la buena fe contractual, y por tanto deben ser contestadas con la verdad a base de la información que a la presente fecha se conoce. La falsedad de la información, no sólo constituye mala fe contractual, sino que puede llegar a constituir un delito.

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

¿Sus abuelos, tíos, padres o hermanos, o los de sus dependientes han sido diagnosticados con cáncer, diabetes, hipertensión, desórdenes o enfermedad congénita o hereditaria? SI NO
Si respondió 'SI' por favor explicar.

Nota: Las condiciones hereditarias son aquellas enfermedades genéticas cuya característica principal es su transmisión de generación en generación.

_____ SOLICITANTE	_____ RELACIÓN CON EL TITULAR	_____ DESORDEN Y/O CONDICIÓN MÉDICA
_____ SOLICITANTE	_____ RELACIÓN CON EL TITULAR	_____ DESORDEN Y/O CONDICIÓN MÉDICA
_____ SOLICITANTE	_____ RELACIÓN CON EL TITULAR	_____ 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 NO
Si respondió 'SI', por favor explicar.

_____ SOLICITANTE	_____ TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO	<input type="checkbox"/> Previo <input type="checkbox"/> Actual CONSUMO	_____ PERIODO (DESDE-HASTA)
_____ SOLICITANTE	_____ TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO	<input type="checkbox"/> Previo <input type="checkbox"/> Actual CONSUMO	_____ PERIODO (DESDE-HASTA)
_____ SOLICITANTE	_____ TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO	<input type="checkbox"/> Previo <input type="checkbox"/> 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.

 SI NO

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.

 SI NO

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 en cualquier momento de su 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: _____

 SI NO

b. Cirugías: ¿Alguna condición médica que haya requerido procedimiento quirúrgico?

 SI NO

Si respondió "Sí", por favor indique diagnóstico: _____

c. Desórdenes Infecciosos: Síntomas, signos o enfermedades tales como: sinusitis, hepatitis, bronquitis, neumonía, tuberculosis, SIDA, enfermedades de transmisión sexual.

 SI NO

d. Desórdenes del Sistema Neurológico: Síntomas, signos o enfermedades tales como: convulsiones, cefalea, parálisis cerebral, demencia, retraso mental o del desarrollo, autismo, neuritis o accidente vascular encefálico.

 SI NO

e. Desórdenes Mentales: Síntomas, signos o enfermedades tales como: psicosis, esquizofrenia, neurosis, ansiedad, adicción a drogas, alcohol o sustancias controladas, desórdenes alimenticios, depresión.

 SI NO

f. Desórdenes del Sistema Auditivo, Olfatorio, Visión, Garganta: Síntomas, signos o enfermedades tales como: cataratas, queratócono, glaucoma, otosclerosis, tinnitus.

 SI NO

g. Desórdenes del Sistema Endocrino: Síntomas, signos o enfermedades tales como: diabetes, síndrome metabólico, alteraciones de tiroides, hipófisis, páncreas, suprarrenales.

 SI NO

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.

 SI NO

i. Desórdenes del Sistema Respiratorio: Síntomas, signos o enfermedades tales como: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema.

 SI NO

j. Desórdenes Hematológicos: Síntomas, signos o enfermedades tales como: alteración de glóbulos rojos, leucocitos, enfermedades autoinmunes, desórdenes de la coagulación, inmunodeficiencias, alergias.

 SI NO

k. Desórdenes de la Piel: Síntomas, signos o enfermedades tales como: dermatitis, psoriasis.

 SI NO

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.

 SI NO

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.

 SI NO

n. Desórdenes del Sistema Urinario: Síntomas, signos o enfermedades tales como: insuficiencia renal, cálculos, quistes, enfermedades de vejiga, uréteres o uretra.

 SI NO

o. Género Femenino: Síntomas, signos o enfermedades relacionados con: mamas, útero, ovarios, trompas o vagina.

 SI NO

p. Embarazos: ¿Está embarazada? En caso afirmativo, especifique edad gestacional: _____
¿Ha tenido embarazos por algún método de fertilización artificial? _____ Indique la cantidad de embarazos que ha tenido: _____ Partos normales: _____ Cesáreas: _____ Motivo de cesárea: _____
Abortos: _____ Motivo de abortos: _____ Complicación del embarazo o del parto, embarazo múltiple, o hijos con algún defecto de nacimiento, enfermedad congénita o hereditaria: _____

 SI NO

q. Género Masculino: Síntomas, signos o enfermedades relacionados con: próstata u órganos reproductores.

 SI NO

r. Trasplantes: Receptor, candidato, donante de órganos, tejidos o células madres.

 SI NO

s. Congénitas/Hereditarias: Enfermedades congénitas, malformaciones o condiciones hereditarias.

 SI NO

t. Otras Condiciones: Síntomas, signos o enfermedades tales como: síndromes, tratamientos o consultas por condiciones no mencionados anteriormente.

 SI NO

u. Medicamentos: Algún medicamento que esté tomando o haya tomado de forma regular.

 SI NO

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?

 SI NO

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?

 SI NO

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:

 SI NO

NOMBRE

 KG LB

¿CUÁNTO?

¿QUÉ OCACIONÓ 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 / HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

2. NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO / HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

3. NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO / HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

4. NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO / HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA PARA ACCIDENTES

Desde el momento en que la Compañía recibe la solicitud firmada (con todos los requisitos médicos y administrativos completados) y la cuota total del contrato, hasta la Fecha de Efectividad de la Cobertura, o hasta un máximo de sesenta (60) días a partir de la fecha en que la Compañía recibe la solicitud, lo que suceda primero, la Compañía acuerda cubrir los gastos médicos derivados de lesiones corporales sufridas en un *ACCIDENTE CUBIERTO (como se define en el contrato) ocurrido mientras esta cobertura temporal este en vigor, a todos los solicitantes hasta un beneficio máximo de treinta mil dólares \$30.000 por contrato para solicitantes del plan Medical Elite o hasta veinticinco mil dólares (\$25.000) para el resto de los planes ofrecidos por la Compañía.

Si el proceso de solicitud no ha sido completada o el pago de la cuota total no ha sido realizado, no existirá Cobertura Temporal de Emergencia tal y como se describe en el párrafo anterior.

La cobertura general del contrato comenzará cuando sea aprobada la solicitud el día 1 o el 15 siguiente a la fecha en que se hayan completado todos los requisitos y se haya recibido el pago total de la cuota correspondiente.

*Esta Cobertura Temporal de Emergencia para Accidentes, está sujeta y es gobernada por los mismos términos, definiciones, deducibles, provisiones y/o exclusiones del contrato y las limitaciones que hubiesen sido aplicadas si el contrato bajo el cual se solicitó cobertura hubiese estado en vigor en la fecha del Accidente Cubierto del propuesto Solicitante. Todos los términos usados, pero no definidos aquí tienen el mismo significado que se le atribuye en el contrato a que este beneficio refiere.

Las lesiones sufridas en un accidente ocurrido mientras se está evaluando la solicitud no serán motivo para rechazar una solicitud, sin embargo, los solicitantes deben ser asegurables, según las pautas de suscripción de la Compañía.

Este beneficio no será válido si la solicitud es declinada por cualquier otra razón o no es aceptada por el Solicitante, como fue aprobada.

El pago de este beneficio se maneja como reembolso y será procesado una vez el contrato sea efectivo.

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, dependiendo de la fecha que la Compañía aprobó la Solicitud.

b) La información y las respuestas facilitadas son verdaderas bajo juramento, 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. Acuerdo que en el caso de que aparezcan nuevos síntomas, signos o tratamiento de alguna afección médica en cualquiera de los solicitantes entre la fecha de la firma de la solicitud y la fecha efectiva del contrato, debo notificar a la Compañía de inmediato.

Si intento o realizo un fraude por medio de omisión, tergiversación o engaño, para obtener beneficios para mí mismo, mis dependientes 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 en el Contrato. Además, en estos casos, seré responsable— sin perjuicio de otras acciones legales—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 medicamento relacionado, compañía de medicina prepagada, compañía de seguros, agencia gubernamental, u otra organización, institución o persona que tenga un registro o conocimiento sobre mí o mi salud y la de mis dependientes nombrados en esta Solicitud, para dar a la Compañía, sus filiales y reaseguradores 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 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 nuestra atención o tratamiento, pago de servicios, el funcionamiento de nuestro 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 de medicina prepagada. Mis dependientes y yo, personas a ser cubiertas por este contrato, entendemos y estamos de acuerdo con que hemos elegido permitir al agente de registro para que tenga acceso a la totalidad de la información médica y relativa a nuestra salud (pasada, presente y futura) que se facilita a la Compañía o a cualquiera de sus filiales o subcontratistas.

La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros para efectos de control asignó a la presente Solicitud de Cobertura Médica el número de registro 52815, el 13 de mayo de 2020.

Todo lo declarado en esta Solicitud lo hago bajo juramento, luego de haber leído y comprendido cada pregunta, solicitud y autorización para constancia de lo cual procedo a firmar de manera libre y voluntaria.

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. 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)

AUTORIZACIÓN PARA FIRMA DE CONTRATO ELECTRÓNICO

Por este medio, 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

*Solo aplica para EasyCare y Medical Care (LATAM).

MODO DE PAGO: Anual Semi-Anual Trimestral * Mensual

RESUMEN DE PAGO:

CUOTA (US\$)

IMPUESTOS (US\$)

TOTAL (US\$)

PAGO CON TARJETA

APELLIDOS DEL TARJETAHABIENTE

NOMBRES DEL TARJETAHABIENTE

NÚMERO DE TARJETA

CORPORATIVA PERSONAL

FECHA DE CADUCIDAD (MM / AA)

CÓDIGO DE SEGURIDAD

FORMA DE PAGO

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DIFERIDO | <input type="checkbox"/> SIN INTERESES |
| <input type="checkbox"/> CON INTERESES | <input type="checkbox"/> 9 MESES |
| <input type="checkbox"/> 3 MESES | <input type="checkbox"/> PREFERENCIAL 10 MESES SIN INTERESES |
| <input type="checkbox"/> 6 MESES | <input type="checkbox"/> 12 MESES |
| <input type="checkbox"/> CORRIENTE | <input type="checkbox"/> PREFERENCIAL 12 MESES SIN INTERESES |

INFORMACIÓN DE LA TARJETA

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AMERICAN EXPRESS | <input type="checkbox"/> DINERS CLUB |
| <input type="checkbox"/> MASTERCARD | <input type="checkbox"/> OTROS |
| <input type="checkbox"/> VISA | |

INDIQUE EL BANCO AL QUE CORRESPONDA

TOTAL A PAGAR: PRIMER PAGO US\$ _____ **SEGUNDO PAGO US\$** _____

CIUDAD

FECHA (MM/DD/AAAA)

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE

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 período 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

CIUDAD

CORREO ELECTRÓNICO AUTORIZADO PARA RECEPCIÓN DE FACTURA ELECTRÓNICA

TELÉFONOS

NOTA: POR FAVOR ADJUNTAR COPIA DE LA CÉDULA O R.U.C

- Los datos deben de ser ingresados de acuerdo al R.U.C.
- Es responsabilidad del cliente notificar cualquier cambio en el correo electrónico para el envío de las facturas.

INFORMACIÓN DE REEMBOLSO

YO AUTORIZO PARA QUE LOS PAGOS REALIZADOS POR BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA 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

C.C./RUC EN LA CUENTA BANCARIA

NOMBRE DEL BANCO

NÚMERO DE CUENTA

TIPO DE CUENTA CORRIENTE AHORROS

Personas Naturales: Agregar fotocopia legible de Cédula.

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