

Solicitud de Cobertura Médica

Importante:

Esta Solicitud de Cobertura Médica recaba datos personales y datos personales sensibles, incluidos los de salud (los “Datos Personales”), para la evaluación de riesgo y desarrollo de la actividad comercial. Al llenarla, el Contratante/Afiliado Titular está de acuerdo y autoriza a Best Doctors S. A. Empresa de Medicina Prepagada (la “Compañía”) y a sus subsidiarias, compañías relacionadas o afiliadas por control común directo o indirecto o propiedad mayoritaria (“Afiliadas”) a coleccionar, tratar, usar, transferir, reproducir y almacenar dichos Datos Personales de acuerdo con la ley local aplicable con terceros autorizados por la Compañía para los fines asociados con la contratación de la cobertura médica, la evaluación de riesgo de los solicitantes y la información bancaria del Contratante o pagador en cumplimiento con los requerimientos de la legislación aplicable.

Los Afiliados (Titular y Dependientes) son aquellas personas individuales para quienes se está solicitando la cobertura médica.

Por favor verifique que toda la información requerida en esta solicitud haya sido debidamente completada. La Compañía se reserva el derecho de contactar al Contratante/Afiliado Titular si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional. Una solicitud incorrecta o incompleta será devuelta al Contratante/Afiliado Titular, lo que retrasará el proceso. Si necesita espacio adicional, por favor utilice una página adicional haciendo referencia a la sección correspondiente.

☐ NUEVA SOLICITUD

☐ AÑADIR DEPENDIENTES

☐ COBERTURAS ADICIONALES

☐ REHABILITACIÓN

☐ OTRO: _____

SI SOLICITA CAMBIO DE PLAN, POR FAVOR INDIQUE EL NOMBRE DEL PLAN ANTERIOR: _____

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDOS

NOMBRES

☐ MASCULINO ☐ FEMENINO

☐ SOLTERO(A) ☐ CASADO(A) ☐ COMPAÑERO(A) DOMÉSTICO(A) ☐ VIUDO(A) ☐ DIVORCIADO(A)

SEXO

ESTADO CIVIL

DIRECCIÓN

CUIDAD

PAÍS

TELÉFONO (OFICINA O MÓVIL)

CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE (PARA FIRMA ELECTRÓNICA Y ENVÍO DE CORRESPONDENCIA)

☐ M ☐ PIES

☐ KG ☐ LB.

PAÍS Y FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

ESTATURA

PESO

OCUPACIÓN

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN

NÚMERO DE DOCUMENTO

PAÍS DE EMISIÓN

ELIJA SU PLAN	SELECCIONE DEDUCIBLE						* Incluye Maternidad	
☐ Medical Elite	☐ \$500 \$1,000	☐ \$1,000 \$2,000	☐ \$2,000 \$3,000	☐ \$5,000 \$5,000	☐ \$10,000 \$10,000	☐ \$20,000 \$20,000		
☐ Premier Plus	☐ \$500 \$1,250	☐ \$1,000 \$2,500	☐ \$5,000 \$5,000	☐ \$10,000 \$10,000	☐ \$20,000 \$20,000			
☐ Global Plus	☐ \$500 \$1,250	☐ \$1,000 \$2,500	☐ \$5,000 \$5,000	☐ \$10,000 \$10,000	☐ \$20,000 \$20,000			
☐ Global Care	☐ \$500 \$1,000	☐ \$2,000 \$2,000	☐ \$5,000 \$5,000	☐ \$10,000 \$10,000	☐ \$20,000 \$20,000			
☐ Medical Care (GLOBAL)	☐ \$500 \$1,000	☐ \$1,000 \$1,000	☐ \$2,000 \$2,000	☐ \$5,000 \$5,000	☐ \$10,000 \$10,000	☐ \$20,000 \$20,000	☐ \$50,000 \$50,000	
☐ Medical Care (INTERNACIONAL)	☐ \$500 \$1,000	☐ \$1,000 \$1,000	☐ \$2,000 \$2,000	☐ \$5,000 \$5,000	☐ \$10,000 \$10,000	☐ \$20,000 \$20,000	☐ \$50,000 \$50,000	
☐ Medical Select (GLOBAL)	☐ \$1,000 \$2,000	☐ \$2,000 \$4,000	☐ \$5,000 \$7,500	☐ \$10,000 \$10,000	☐ \$20,000 \$20,000			
☐ Easy Care	☐ \$5,000 \$5,000	☐ \$10,000 \$10,000						

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES

1. NOMBRES Y APELLIDOS

RELACIÓN CON EL ASEGURADO TITULAR

FECHA DE NACIMIENTO
(MM/DD/AAAA)

☐ M ☐ F
SEXO

NÚMERO DE CÉDULA

☐ M ☐ PIES
ESTATURA

☐ KG ☐ LB
PESO

2. NOMBRES Y APELLIDOS

RELACIÓN CON EL ASEGURADO TITULAR

FECHA DE NACIMIENTO
(MM/DD/AAAA)

☐ M ☐ F
SEXO

NÚMERO DE CÉDULA

☐ M ☐ PIES
ESTATURA

☐ KG ☐ LB
PESO

3. NOMBRES Y APELLIDOS

RELACIÓN CON EL ASEGURADO TITULAR

FECHA DE NACIMIENTO
(MM/DD/AAAA)

☐ M ☐ F
SEXO

NÚMERO DE CÉDULA

☐ M ☐ PIES
ESTATURA

☐ KG ☐ LB
PESO

4. NOMBRES Y APELLIDOS

RELACIÓN CON EL ASEGURADO TITULAR

FECHA DE NACIMIENTO
(MM/DD/AAAA)

☐ M ☐ F
SEXO

NÚMERO DE CÉDULA

☐ M ☐ PIES
ESTATURA

☐ KG ☐ LB
PESO

INFORMACIÓN DE COBERTURA PREVIA

a) ¿Usted o alguno de sus dependientes cuentan con otra cobertura médica internacional? ☐ SÍ ☐ NO
Si respondió 'SÍ', por favor adjunte una copia del certificado de cobertura del plan y el comprobante del último pago.

b) ¿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. ☐ SÍ ☐ NO

c) ¿Ha tenido cobertura médica con Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada o cualquiera de sus Afiliadas? ☐ SÍ ☐ NO
Si respondió 'SÍ', 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 de manera veraz y adecuada con base en la información que a la presente fecha se conoce. Cualquier falsedad de la información proporcionada u omisión de información relevante no sólo constituye mala fe contractual, sino que puede llegar a constituir un delito.

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

¿El solicitante o alguno de sus dependientes tiene antecedentes médicos familiares incluyendo, pero no limitados a cáncer o enfermedades congénitas o hereditarias? **Si respondió "SÍ"**, por favor indique para cada persona la relación familiar (madre, padre, hermanos) y el diagnóstico. **Nota:** Las condiciones hereditarias son aquellas enfermedades genéticas cuya característica principal es su transmisión de generación en generación. ☐ SÍ ☐ NO

NOMBRES Y APELLIDOS	RELACIÓN FAMILIAR	DESORDEN, DIAGNÓSTICO Y/O CONDICIÓN MÉDICA
NOMBRES Y APELLIDOS	RELACIÓN FAMILIAR	DESORDEN, DIAGNÓSTICO Y/O CONDICIÓN MÉDICA
NOMBRES Y APELLIDOS	RELACIÓN FAMILIAR	DESORDEN, DIAGNÓSTICO Y/O CONDICIÓN MÉDICA

Indicar si al solicitante o alguno de sus dependientes se le ha realizado algún control o estudio relacionado a dicho desorden, diagnóstico y/o condición médica. **Si respondió "SÍ"**, por favor indique por cada solicitante el estudio realizado y el resultado. ☐ SÍ ☐ NO

SOLICITANTE	ESTUDIO REALIZADO	RESULTADO
SOLICITANTE	ESTUDIO REALIZADO	RESULTADO
SOLICITANTE	ESTUDIO REALIZADO	RESULTADO

HÁBITOS

El solicitante o alguno de sus dependientes alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilegales? **Si respondió "Sí"**, por favor explicar. ☐ SÍ ☐ NO

_____ NOMBRES Y APELLIDOS	_____ TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO	☐ PREVIO ☐ ACTUAL CONSUMO	_____ PERIODO (DESDE-HASTA)
_____ NOMBRES Y APELLIDOS	_____ TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO	☐ PREVIO ☐ ACTUAL CONSUMO	_____ PERIODO (DESDE-HASTA)
_____ NOMBRES Y APELLIDOS	_____ TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO	☐ PREVIO ☐ ACTUAL CONSUMO	_____ PERIODO (DESDE-HASTA)

MÉDICOS PERSONALES Y EXÁMENES DE RUTINA

El solicitante o alguno de sus dependientes tiene un médico primario o ha consultado a un especialista? ☐ SÍ ☐ NO
Si respondió "Sí", por favor proporcionar la siguiente información.

_____ NOMBRES Y APELLIDOS	_____ NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD	_____ TELÉFONO
_____ NOMBRES Y APELLIDOS	_____ NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD	_____ TELÉFONO
_____ NOMBRES Y APELLIDOS	_____ NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD	_____ TELÉFONO

El solicitante o alguno de sus dependientes ha tenido un examen pediátrico, ginecológico o rutinario en los últimos dos (2) años? ☐ SÍ ☐ NO
Si respondió "Sí", por favor proporcionar la siguiente información.

_____ NOMBRES Y APELLIDOS	_____ DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)
_____ NOMBRES Y APELLIDOS	_____ DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)
_____ NOMBRES Y APELLIDOS	_____ DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)

CUESTIONARIO MÉDICO

Sección A: Por favor indique si durante los últimos diez (10) años (excepto para las preguntas 1 y 2 que deben declararse de por vida), alguno de los solicitantes ha padecido o padece de alguna de las siguientes enfermedades y/o condiciones

- Tumores:** Cáncer, tumores malignos o benignos, incluyendo pero no limitado a quistes, calcificaciones y/o nódulos. Si respondió "Sí", por favor indique el tipo: _____ ☐ SÍ ☐ NO
- Cirugías:** Alguna condición médica que haya requerido un procedimiento quirúrgico (ya sea habiéndose realizado dicho procedimiento tanto en hospital como en un centro ambulatorio y habiendo requerido o no hospitalización). Si respondió "Sí", por favor indique el diagnóstico: _____ ☐ SÍ ☐ NO
- Desórdenes del Sistema Neurológico:** Síntomas, signos o enfermedades incluyendo pero no limitado a convulsiones, cefalea, parálisis cerebral, epilepsia, demencia, retraso mental o del desarrollo, autismo, neuritis y accidente vascular encefálico. ☐ SÍ ☐ NO
- Desórdenes Mentales:** Síntomas, signos o enfermedades incluyendo pero no limitado a psicosis, esquizofrenia, desorden bipolar, neurosis, ansiedad, adicción a drogas, alcohol o sustancias controladas, desórdenes alimenticios, depresión. ☐ SÍ ☐ NO
- Desórdenes del Sistema Auditivo, Olfatorio y Visión:** Síntomas, signos o enfermedades incluyendo pero no limitado a cataratas, queratocono, glaucoma, otosclerosis, tinnitus, sinusitis, otitis y pérdida de alguno de los sentidos, como la vista, audición, olfato o tacto. ☐ SÍ ☐ NO
- Desórdenes del Sistema Endocrino:** Síntomas, signos o enfermedades incluyendo pero no limitado a diabetes, síndrome metabólico, alteraciones de tiroides, hipofisis, páncreas y glándulas suprarrenales. ☐ SÍ ☐ NO
- Desórdenes del Sistema Inmunológico:** Síntomas, signos o enfermedades incluyendo pero no limitado a alergias y enfermedades autoinmunes incluyendo pero no limitado a lupus, enfermedad de Crohn, artritis reumatoide, psoriasis/artritis psoriásica, síndrome de Sjögren y esclerodermia. ☐ SÍ ☐ NO

8. **Desórdenes del Sistema Cardiovascular:** Síntomas, signos o enfermedades incluyendo pero no limitado a hipertensión arterial, obstrucción de arterias, enfermedades de las válvulas cardíacas, trombosis, embolismo, insuficiencia cardíaca, arritmia y dislipidemia. ☐ SI ☐ NO
9. **Desórdenes del Sistema Respiratorio:** Síntomas, signos o enfermedades incluyendo pero no limitado a asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquitis, neumonía, tuberculosis y enfisema. ☐ SI ☐ NO
10. **Desórdenes Hematológicos:** Síntomas, signos o enfermedades incluyendo pero no limitado a alteración de glóbulos rojos, leucocitos, enfermedades autoinmunes, desórdenes de la coagulación e inmunodeficiencias. ☐ SI ☐ NO
11. **Desórdenes de la Piel:** Síntomas, signos o enfermedades incluyendo pero no limitado a dermatitis, rosácea, vitiligo y queratosis. ☐ SI ☐ NO
12. **Desórdenes del Sistema Músculo Esquelético:** Síntomas, signos o enfermedades incluyendo pero no limitado a artrosis, artritis, gota, desórdenes de la columna vertebral, huesos, articulaciones, músculos, fracturas, accidentes, reemplazo articular y material de fijación. ☐ SI ☐ NO
13. **Desórdenes del Sistema Digestivo:** Síntomas, signos o enfermedades incluyendo pero no limitado a úlceras, inflamación, colitis, alteraciones del hígado o vesícula biliar, sangramiento digestivo y hernias. ☐ SI ☐ NO
14. **Desórdenes del Sistema Urinario:** Síntomas, signos o enfermedades incluyendo pero no limitado a insuficiencia renal, cálculos, quistes, enfermedades de la vejiga, uréteres y uretra e infecciones del tracto urinario (pielonefritis, cistitis, uretritis). ☐ SI ☐ NO
15. **Trasplantes:** Receptor, candidato o donante de órganos, tejidos y células madre. ☐ SI ☐ NO
16. **Enfermedades, condiciones o malformaciones congénitas o hereditarias:** Síntomas, signos o enfermedades incluyendo pero no limitado a síndrome de Down, síndrome de Marfan, labio leporino, espina bífida, distrofia muscular y tetralogía de Fallot. ☐ SI ☐ NO
17. **Mujeres:** Síntomas, signos, alteraciones o enfermedades relacionados con las mamas, útero, ovarios, trompas o vagina, incluyendo pero no limitado a quistes, calcificaciones y nódulos y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA. ☐ SI ☐ NO
18. **Embarazos Previos:** Indique la cantidad de embarazos que ha tenido: ____, partos normales: ____, partos prematuros: ____, cesáreas: ____, motivo de las cesáreas: ____, abortos: ____, motivo de los abortos: ____.
- ¿Ha tenido complicaciones del embarazo o del parto, embarazo múltiple, hijo(s) con algún defecto de nacimiento o enfermedad congénita o hereditaria? ☐ SI ☐ NO
- ¿Ha tenido embarazos por algún método de fertilización artificial? ☐ SI ☐ NO
- Embarazo Actual:** ¿Está embarazada? Indique la edad gestacional: ☐ SI ☐ NO ____.
19. **Hombres:** Síntomas, signos, alteraciones o enfermedades relacionados con la próstata u órganos reproductores y enfermedades de transmisión sexual, incluyendo pero no limitado a quistes, calcificaciones y nódulos, incluyendo VIH/SIDA. ☐ SI ☐ NO
20. **Otras Condiciones:** Síntomas, signos, enfermedades, síndromes, tratamientos o consultas por condiciones no mencionadas anteriormente. ☐ SI ☐ NO
21. **Medicamentos:** Alguno de los Propuestos Asegurados está tomando actualmente o ha tomado algún medicamento de forma regular. ☐ SI ☐ NO

Sección B: Además de las enfermedades mencionadas en la Sección A, a su mejor entendimiento y conocimiento, alguna persona (solicitante o dependientes) nombrada en esta solicitud durante los últimos cinco (5) años:

- a) ¿Ha consultado a un médico u otro proveedor para tratamiento médico o quirúrgico (ya sea habiéndose realizado dicho procedimiento tanto en hospital como en un centro ambulatorio y habiendo requerido o no hospitalización), o para consejo sobre alguna otra enfermedad, síntoma, signo, alteración o condición médica no mencionado en la Sección A? ☐ SI ☐ NO
- b) Ha tenido alguna otra enfermedad, síntoma, signo, alteración, cambio o condición médica no 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 doce (12) meses? En caso afirmativo, complete la siguiente información: ☐ SI ☐ NO

Nombre: _____

☐ Ganó ☐ Perdió ¿Cuánto peso? _____ ☐ 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 complete esta sección y adjunte el reporte médico correspondiente (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 la Compañía recibe la Solicitud de Cobertura Médica completa y firmada hasta la Fecha de Inicio de Cobertura o sesenta (60) días calendario a partir de la fecha en que la Compañía recibe la Solicitud de Cobertura Médica, lo que suceda primero, la Compañía acuerda cubrir a todos los Afiliados hasta un máximo de treinta mil dólares (US\$30.000) por Contrato para Afiliados bajo el plan Medical Elite o hasta veinticinco mil dólares (US\$25.000) por Contrato para Afiliados bajo cualquier otro plan ofrecido por la Compañía por los gastos médicos incurridos derivados de lesiones corporales sufridas en un accidente ocurrido mientras esta Cobertura Temporal de Emergencia para Accidentes esté en vigor.

Esta Cobertura Temporal de Emergencia para Accidentes está sujeta y gobernada por los mismos términos, definiciones, provisiones y exclusiones que hubiesen sido aplicados si el Contrato bajo el cual se solicita la cobertura hubiese estado en vigor en la fecha del accidente del Afiliado. Este beneficio está sujeto al deducible elegido por el Contratante/Afiliado Titular, y no será válido si la Solicitud de Cobertura Médica es rechazada por cualquier razón o en el caso de que no fuera aceptada por el Contratante/Afiliado Titular tal y como fue aprobada. Las lesiones sufridas en un accidente ocurrido mientras la Solicitud de Cobertura Médica esté siendo evaluada no serán motivo para rechazarla. Los gastos relacionados con el accidente cubierto serán reembolsados siempre y cuando el Contrato haya sido aprobado, haya entrado en vigor y el monto total de la cuota correspondiente haya sido pagado. El pago de este beneficio se manejará como reembolso y será procesado una vez el Contrato sea efectivo y siempre y cuando la Compañía reciba todos los documentos e información requeridos.

RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN DEL CONTRATANTE/AFILIADO TITULAR EN NOMBRE PROPIO Y DE SUS DEPENDIENTES

AL FIRMAR, QUEDA ENTENDIDO, CONVENIDO Y ACORDADO que la Compañía se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier Solicitud de Cobertura Médica, así como lo siguiente:

- a) La información y respuestas proporcionadas en esta Solicitud de Cobertura Médica respecto al Contratante/Afiliado Titular y sus Dependientes son verídicas, completas, correctas y no son falsas, ambiguas o inexactas (Información Completa).
- b) La Información Completa será decisiva para la aprobación de la cobertura requerida y cualquier omisión (ya sea por error o negligencia) o declaración falsa o inexacta hecha en esta Solicitud de Cobertura Médica dará derecho y será razón suficiente a la Compañía para la rescisión, cancelación o modificación inmediata del Contrato de Medicina Prepagada y de la cobertura solicitada.
- c) La Compañía debe ser notificada de inmediato en caso de que aparezcan nuevos síntomas o signos o tenga lugar el tratamiento de alguna afección o condición médica para el Afiliado Titular o cualquiera de sus Dependientes entre la fecha de la firma de la Solicitud de Cobertura Médica y la Fecha de Inicio de Vigencia del Contrato.
- d) Si el Afiliado Titular incurre en omisión o declaración inexacta sobre su propio estado de salud o historia médica o el estado de salud o historia médica de sus Dependientes para obtener beneficios para sí mismo, para sus Dependientes o para alguna persona que no tenga derecho a tales beneficios o pagos, ello tendrá como consecuencia que todas las personas afiliadas pierdan automáticamente todos los derechos de cobertura ofrecidos en el Contrato.
- e) Asimismo, en estos casos, el Contratante/Afiliado Titular será responsable de reembolsar de forma inmediata y al primer requerimiento de la Compañía, todos los pagos realizados por la Compañía al Afiliado Titular o al Proveedor de servicios médicos en virtud del Contrato. Asimismo, la cuota no devengada, que pudiera ser reembolsable, será acreditada o compensada por la Compañía unilateralmente contra cualquier cantidad que la Compañía hubiera pagado indebidamente o por error.
- f) En caso de que tuviera lugar la rescisión, cancelación o terminación del Contrato de Medicina Prepagada, la Compañía no tendrá obligación alguna de pagar o reembolsar al Afiliado Titular ninguna cantidad por siniestros compensables que hubieran sido o fueran a ser reclamados en virtud del Contrato.
- g) El Afiliado Titular deberá devolver a la Compañía, al primer requerimiento, cualquier cantidad que hubiera sido pagada al Proveedor o al Afiliado Titular en virtud del Contrato, si éste se cancela o queda anulado como resultado de no haber proporcionado Información Completa. Asimismo, la cuota no devengada que pudiera ser reembolsable, será acreditada o compensada por la Compañía unilateralmente contra cualquier cantidad que la Compañía hubiera pagado por error o indebidamente.
- h) Al completar la Solicitud de Cobertura Médica y proporcionar Datos Personales, el Contratante/Afiliado Titular autorizan expresamente a la Compañía y Afiliadas a tratarlos, compartirlos, transferirlos, reproducirlos, y almacenarlos para los fines relacionados con la contratación de la cobertura médica solicitada.
- i) Los Datos Personales proporcionados a la Compañía y Afiliadas están protegidos por la normativa aplicable, la cual regula su uso y divulgación, otorga derechos a los titulares individuales de los datos y establece parámetros para garantizar su seguridad y privacidad.
- j) El Contratante/Afiliado Titular ha sido informado y ha leído el Aviso de Privacidad que se encuentra disponible en el sitio web de la Compañía: www.bestdoctors.ec, donde pueden consultar mayores detalles sobre el tratamiento de los Datos Personales y sus derechos con respecto a los mismos, incluyendo los detalles del Oficial de Privacidad de la Compañía como lo requiere la normativa aplicable.
- k) El Afiliado Titular autoriza a cualquier médico con licencia, médico practicante, personal o profesional médico, hospital, clínica, centro ambulatorio y demás establecimientos médicos o médicamente relacionado, compañía de seguros, agencia gubernamental, u otra organización, institución o persona que tenga registro o conocimiento de su salud, presente y pasada, así como la de sus Dependientes nombrados en esta Solicitud de Cobertura Médica, a entregar a la Compañía, sus Afiliadas y reaseguradores dicha información, incluyendo copias de los registros relativos al consejo, cuidado, diagnóstico o tratamiento proporcionado al Afiliado Titular y/o sus Dependientes, sin limitación alguna respecto a enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol, sujeto en todos los casos al cumplimiento de la normativa aplicable. Además, el Afiliado Titular autoriza a la Compañía, sus Afiliadas y sus reaseguradores a usar y compartir dicha información con proveedores, pagadores, compañías de seguro, administradores de riesgos, consultores y a cualquier entidad cuando sea necesario para atención médica o tratamiento; para el pago de servicios, el funcionamiento del plan de salud, o para llevar a cabo actividades relacionadas, incluyendo pero sin limitación, a la investigación de condiciones preexistentes, fraude, abuso, despilfarro o para auditorías médicas, sujeto en todos los casos al cumplimiento de la normativa aplicable. Una copia de esta autorización será válida como la original.
- l) El Contratante/Afiliado Titular autoriza al Agente a tener acceso a sus Datos Personales y los de sus Dependientes, incluyendo la totalidad de la información médica (presente, pasada y futura), así como también a proporcionarlos a la Compañía, su personal, Afiliadas y/o subcontratistas para fines relacionados con el Contrato de Medicina Prepagada.
- m) La cobertura no entrará en vigor hasta que la Compañía haya completado la evaluación de riesgo, haya recibido el pago total de la cuota debida y se haya emitido el Contrato. La cobertura bajo el Contrato entrará en vigor el día primero o el día quince del mes, dependiendo de la fecha en que la Compañía aprobó la Solicitud de Cobertura Médica.
- n) Para cumplir con la normativa aplicable y los regímenes internacionales de sanciones, el Contratante/Afiliado Titular y sus Dependientes serán escaneados por la Compañía contra las listas de sanciones correspondientes. Como resultado de ello, la cobertura podría ser denegada o revocada si el escaneo resultara positivo al momento de solicitar la cobertura o durante la vigencia del Contrato.
- o) Como parte de la gestión de riesgos de la Compañía, se debe verificar la identidad de los clientes.

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 LA EXISTENCIA DE CUALQUIER CONDICIÓN MÉDICA O ENFERMEDAD EXISTENTE DEL SOLICITANTE Y SUS DEPENDIENTES QUE, DEBIENDO HABER SIDO DECLARADA, NO HAYA SIDO DECLARADA EN ESTA SOLICITUD.

NOMBRE Y CÓDIGO DEL AGENTE

FIRMA DEL AGENTE

FECHA (MM/DD/AAAA)

AUTORIZACIÓN PARA FIRMA DE CONTRATO ELECTRÓNICO

Por este medio, yo _____ cédula número _____
autorizo a _____ con cédula número _____

que, en mi nombre y en representación de mis Dependientes, pueda firmar electrónicamente este Contrato de Medicina Prepagada con 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 (INTERNACIONAL).

MODO DE PAGO

☐ ANUAL ☐ SEMESTRAL
☐ TRIMESTRAL ☐ MENSUAL*

RESUMEN DE PAGO:

CUOTAS (US\$) _____ IMPUESTOS (US\$) _____

TOTAL (US\$) _____

AUTORIZACIÓN PARA PAGO CON TARJETA DE CRÉDITO

APELLIDOS DEL TARJETAHABIENTE

NOMBRES DEL TARJETAHABIENTE

NÚMERO DE TARJETA

☐ CORPORATIVA ☐ PERSONAL

FECHA DE CADUCIDAD (MM / AA)

TIPO DE TARJETA

CÓDIGO DE SEGURIDAD

☐ ANUAL ☐ SEMESTRAL ☐ TRIMESTRAL

FRECUENCIA DE PAGO DE CONTRATO

FORMA DE PAGO

☐ DIFERIDO ☐ SIN INTERESES
☐ CON INTERESES ☐ 9 MESES
☐ 3 MESES ☐ PREFERENCIAL 10 MESES
☐ 6 MESES ☐ SIN INTERESES
☐ CORRIENTE ☐ 12 MESES
☐ PREFERENCIAL 12 MESES
☐ SIN INTERESES

INFORMACIÓN DE LA TARJETA

☐ AMERICAN EXPRESS ☐ DINERS CLUB
☐ MASTERCARD ☐ OTROS
☐ VISA

INDIQUE EL BANCO AL QUE CORRESPONDA

TOTAL A PAGAR PRIMER PAGO US\$ _____

TOTAL A PAGAR SEGUNDO PAGO US\$ _____

CIUDAD

FECHA (MM/DD/AAAA)

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE

Yo, titular de la tarjeta de crédito indicada en este formulario, autorizo a la Compañía para que proceda a cargar a mi tarjeta todos los valores por concepto de pago de las cuotas adeudadas por razón 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 sesenta (60) días de anticipación a las oficinas de la Compañía 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.

En caso de pérdida, hurto, robo o cualquier circunstancia por la que fuera cambiado el número de la tarjeta de crédito arriba indicada, informaré oportunamente a la Compañía y proporcionaré 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 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	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.