

Formulario de Traspasos Preacordado Tipo B

Importante: La información de esta solicitud comprende declaraciones bajo juramento respecto de la salud del solicitante y/o dependientes, por lo que debe verificar que toda la información requerida en esta solicitud haya sido veraz y debidamente completada con toda la información a la presente fecha conoce y corresponde declarar. Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada se reserva el derecho de contactar al solicitante, o a sus médicos, si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional. Una solicitud incorrecta o incompleta será devuelta al solicitante, lo que retrasará su proceso de inscripción. La falsedad comprobada de la información constituye mala fe contractual, con sus consecuencias administrativas, civiles y penales.

ELIJA SU PLAN

SELECCIONE DEDUCIBLE

* Incluye Maternidad

<input type="checkbox"/> Medical Elite	* <input type="checkbox"/> \$500 \$1,000	* <input type="checkbox"/> \$1,000 \$2,000	* <input type="checkbox"/> \$2,000 \$3,000	<input type="checkbox"/> \$5,000 \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 \$20,000
<input type="checkbox"/> Premier Plus	* <input type="checkbox"/> \$500 \$1,250	* <input type="checkbox"/> \$1,000 \$2,500	* <input type="checkbox"/> \$5,000 \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 \$20,000	
<input type="checkbox"/> Global Plus	* <input type="checkbox"/> \$500 \$1,250	* <input type="checkbox"/> \$1,000 \$2,500	<input type="checkbox"/> \$5,000 \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 \$20,000	
<input type="checkbox"/> Global Care	* <input type="checkbox"/> \$500 \$1,000	* <input type="checkbox"/> \$2,000 \$2,000	<input type="checkbox"/> \$5,000 \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 \$20,000	
<input type="checkbox"/> Medical Care (GLOBAL)	* <input type="checkbox"/> \$500 \$1,000	* <input type="checkbox"/> \$1,000 \$1,000	* <input type="checkbox"/> \$2,000 \$2,000	<input type="checkbox"/> \$5,000 \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 \$20,000
<input type="checkbox"/> Medical Care (LATAM)	* <input type="checkbox"/> \$500 \$1,000	* <input type="checkbox"/> \$1,000 \$1,000	* <input type="checkbox"/> \$2,000 \$2,000	<input type="checkbox"/> \$5,000 \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 \$20,000
<input type="checkbox"/> Easy Care	<input type="checkbox"/> \$5,000 \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 \$10,000				
<input type="checkbox"/> Medical Select	<input type="checkbox"/> \$1,000 \$2,000	<input type="checkbox"/> \$2,000 \$4,000	<input type="checkbox"/> \$5,000 \$7,500	<input type="checkbox"/> \$10,000 \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 \$20,000	

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDOS		NOMBRES	
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Soltero(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)
SEXO		ESTADO CIVIL	
<input type="checkbox"/> Compañero(a) Doméstico(a)			
<input type="checkbox"/> Divorciado(a)/Viudo(a)			
DIRECCIÓN			
CIUDAD	PAÍS	TELÉFONO (OFICINA O MÓVIL)	
CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE (PARA FIRMA ELECTRÓNICA Y ENVÍO DE CORRESPONDENCIA)			
PAÍS Y FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	ESTATURA	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> PIES
		<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> LB
PESO			
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DE DOCUMENTO	PAÍS DE EMISIÓN	OCUPACIÓN

INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES

1. NOMBRES Y APELLIDOS		NÚMERO DE CÉDULA	
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	ESTATURA	PESO
		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> PIES
		<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> LB
OCUPACIÓN		<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
			SEXO

2. NOMBRES Y APELLIDOS

NÚMERO DE CÉDULA

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	ESTATURA	<input type="text"/> M <input type="text"/> PIES	PESO	<input type="text"/> KG <input type="text"/> LB	SEXO	<input type="text"/> M <input type="text"/> F
OCUPACIÓN							

3. NOMBRES Y APELLIDOS

NÚMERO DE CÉDULA

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	ESTATURA	<input type="text"/> M <input type="text"/> PIES	PESO	<input type="text"/> KG <input type="text"/> LB	SEXO	<input type="text"/> M <input type="text"/> F
OCUPACIÓN							

4. NOMBRES Y APELLIDOS

NÚMERO DE CÉDULA

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	ESTATURA	<input type="text"/> M <input type="text"/> PIES	PESO	<input type="text"/> KG <input type="text"/> LB	SEXO	<input type="text"/> M <input type="text"/> F
OCUPACIÓN							

CUESTIONARIO MÉDICO

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.

Si responde "Sí" a alguna de las siguientes preguntas, favor especificar el nombre del solicitante y los detalles correspondientes en el espacio en blanco. Use una página adicional, si fuera necesario.

1. En los últimos 5 años, usted o alguno de los dependientes indicados en este formulario: SI NO

- Ha recibido tratamiento, servicio médico o se ha realizado pruebas médicas por una condición grave*
- Ha experimentado algún cambio en su estado de salud**
- Ha tenido una cirugía, procedimiento o hospitalización (o los tiene planificado), o está esperando resultados de pruebas médicas o evaluaciones
- Está tomando o le han recetado medicamentos que suman más de \$10,000 anuales?

* Condición grave: una enfermedad que afecta la calidad de vida de una persona y que requiere atención médica regular para controlar su progreso o síntomas, o una enfermedad que se espera requiera intervención quirúrgica. Algunos ejemplos de condiciones graves incluyen: cáncer, trastornos cardíacos, aneurismas, diabetes, enfermedades autoinmunes (como lupus, artritis reumatoide, esclerosis múltiple, enfermedad de Crohn, etc.), trastornos neurológicos (como Parkinson, Alzheimer, meningiomas, etc.), hepatitis crónica o cirrosis, desórdenes de la sangre, fibrosis pulmonar o enfisema, trasplante de órganos (receptor o candidato), uso de diálisis o insuficiencia renal, medicamentos para evitar la reaparición del cáncer, síndromes genéticos, trastornos congénitos, trastornos de columna o articulaciones, trastornos de la pituitaria o adrenal (como Cushing, Addison, etc.), psicosis

** Cambio en el estado de salud: un nuevo diagnóstico, síntomas, empeoramiento de una condición existente, inicio o cambio en el tratamiento o medicación, cirugía, procedimiento o hospitalización.

2. Solicitantes femeninas:

a. ¿Ha tenido alguna complicación durante el embarazo o el parto, como preeclampsia, parto prematuro (36 semanas o menos), abortos, etc., o ha tenido múltiples embarazos (5 o más) en su vida? SI NO

b. ¿Está actualmente embarazada? SI NO

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 médicamente 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.

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)

Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada se reserva el derecho de contactar al solicitante si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si requiere información adicional. Una Solicitud incorrecta o incompleta será devuelta al solicitante, retrasando el proceso de aprobación.

La Compañía se reserva el derecho de discontinuar el uso de esta Solicitud de Traspaso en cualquier momento y requerir el uso de la solicitud regular.

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\$)

INFORMACIÓN PARA EL PAGO

APELLIDOS DEL TARJETAHABIENTE

NOMBRES DEL TARJETAHABIENTE

☐ CORPORATIVA ☐ PERSONAL

NÚMERO DE TARJETA

TIPO DE TARJETA

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\$ _____

TOTAL A PAGAR SEGUNDO PAGO US\$ _____

CIUDAD

FECHA (MM/DD/AAAA)

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE

Yo, en mi calidad de 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 de medicina prepagada arriba indicado, en los plazos de pago establecidos y con la forma de pago solicitada, incluyendo primas adicionales, reajustes y pagos recurrentes.

Declaro que debo y pagaré incondicionalmente y sin protesta al emisor de la tarjeta de crédito el total de los valores establecidos en esta Autorización Para Pago con Tarjeta de Crédito, en el lugar y fecha convenido. 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, monto que también autorizo a cargarlo a mi tarjeta de crédito.

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 Best Doctors S.A. 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.

En cumplimiento de la legislación para la prevención de lavado de activos y financiamiento de delitos vigente, y conocedor de la pena por perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los fondos pagados a Best Doctors S.A. es y proviene de actividades lícitas, y no contraviene la normativa en referencia.

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 <input type="checkbox"/> CORRIENTE <input type="checkbox"/> 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.