

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

3. EMPLEADOR

Nombre de la Compañía _____

Ocupación _____

4. PLANES

SERIE 3000

- Opción I (\$500/\$1,000)
 Opción III (\$2,500/\$5,000)
 Opción V (\$10,000/\$10,000)
 Opción VII (\$30,000/\$30,000)
 Opción II (\$1,000/\$2,000)
 Opción IV (\$5,000/\$5,000)
 Opción VI (\$20,000/\$20,000)

FLEXIPLAN

Plan Básico Deducible: \$500 \$1,000 \$2,500 \$5,000 \$10,000 \$20,000

Beneficios Suplementarios

- Habitación/Unidad de cuidado intensivo \$600/\$1,200 \$850/\$1,700
 Maternidad \$2,500 \$5,000
 Servicios de paciente externo \$50,000 (80%) \$100,000 (80%) \$100,000 (90%/10%) de los primeros \$5,000
 Beneficio máximo por persona por año póliza \$1,000,000 \$2,500,000
 Transportación aérea por emergencia / Asistencia de viaje

FLEXI PLAN III

FLEXI PLAN III América Latina

Plan Básico Deducible: \$250 \$500 \$1,000 \$2,500 \$5,000 \$10,000 \$20,000

Beneficios Suplementarios

- Habitación/Unidad de cuidado intensivo \$800/\$2,400
 Servicios de paciente externo 80% hasta el límite máximo
 Beneficio máximo por persona por año póliza \$1,500,000
 Transportación aérea por emergencia / Asistencia de viaje (Para el Flexi Plan III únicamente)

AZURE

Plan Básico Deducible: \$500 \$1,000 \$2,500 \$5,000 \$10,000 \$20,000

Transportación aérea por emergencia / Asistencia de viaje

VITAL (ENFERMEDADES CRITICAS)

Deducible: \$2,000 \$5,000 \$10,000 \$20,000

OTRO Plan: _____ Deducible: _____

5. ADITAMENTOS AL SEGURO DE SALUD

(A) SEGURO DE VIDA A TERMINO

TITULAR \$50,000 \$100,000

BENEFICIARIOS

Primario(s)	Parentesco	%	Contingente(s)	Parentesco	%
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

CONYUGUE \$50,000 \$100,000

BENEFICIARIOS

Primario(s)	Parentesco	%	Contingente(s)	Parentesco	%
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

(B) PROTECTOR (P.T.D.)

(a) Nombre: _____ Cantidad US \$ _____

(b) Nombre: _____ Cantidad US \$ _____



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY
SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

6. PRIMAS

Forma de Pago:

Titular	US \$ _____	<input type="checkbox"/> Anual	US \$ _____
Cónyugue	US \$ _____	<input type="checkbox"/> Semestral	US \$ _____
Hijos	US \$ _____	<input type="checkbox"/> Trimestral	US \$ _____
		<input type="checkbox"/> Mensual	US \$ _____
		Derecho de emisión*	US \$ _____
		TOTAL	US \$ _____

*El derecho de emisión es por póliza, no es reembolsable y debe ser remitido con la solicitud

Certifico que las respuestas a continuación son precisas y exactas.

7. Información respecto a todos los solicitantes. Según su leal saber y entender

	SI	NO
a. ¿Han usado heroína, morfina u otra droga narcótica, LSD, marihuana u otra droga recreativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Han sido arrestados o han recibido tratamiento por el uso de alcohol o drogas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Alguna vez han consultado, han estado o están actualmente bajo observación o tratamiento o han sido examinados por algún psiquiatra, psicólogo o cualquier otro médico?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Han participado o piensan participar en algún deporte o actividad peligrosa como aviación, pesca submarina o carreras de automóviles?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿De las personas propuestas para seguro, existe alguna residiendo en otro lugar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indique nombre, motivo y dirección: _____		
f. ¿Fuman cigarrillos u otros productos derivados del tabaco? En caso afirmativo, ¿qué cantidad al día?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si Ud. fumaba cigarrillos pero dejó de hacerlo, ¿qué tiempo hace que los dejó? _____		
g. ¿Toman bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, indique la cantidad y frecuencia _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Se les ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Además de lo arriba mencionado, ¿han sido pacientes en un hospital, clínica, sanatorio o institución médica?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Mujeres: ¿Se encuentra Ud. en estado de gestación?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Información adicional respecto a todos los solicitantes. ¿Padecen ustedes, han padecido, están bajo tratamiento o han sido informados de algunas de las siguientes enfermedades o desórdenes?

	SI	NO
a. ¿Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes del sistema respiratorio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Dolores en el pecho, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos y otras enfermedades o desórdenes del corazón o sistema circulatorio?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b1. ¿Qué tipo de dolor ha tenido? <input type="checkbox"/> Opresivo <input type="checkbox"/> Punzante		
b2. ¿Consultó al doctor por esa causa?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b3. ¿Tomó algún tipo de medicamento para dicho dolor?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b4. ¿Cuál? _____		
c. ¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, jaquecas u otras enfermedades o desórdenes del cerebro o del sistema nervioso o trastorno mental?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c1. ¿Ha sufrido usted una isquemia cerebral transitoria?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. ¿Albumina o sangre en la orina u otras enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga o próstata o enfermedades venéreas?..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. ¿Enfermedades o desórdenes de la piel, de los ganglios linfáticos y quistes?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. ¿Diabetes, tiroides, gota u otro trastorno endocrino?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. ¿Ictericia, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado, páncreas o vesícula biliar?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los músculos, huesos o coyunturas, incluso de la columna vertebral, la espalda y las articulaciones?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. ¿Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. ¿Algunas enfermedades o desórdenes de los órganos reproductivos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. ¿Otras enfermedades, lesiones, operaciones, deformidades, o amputación?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. ¿Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Síndrome Complejo Relacionado al SIDA (SCRS)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. ¿Cáncer o tumores de cualquier otra clase?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. ¿Tratamiento o medicamento que recibe en la actualidad?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

9. Favor proporcionar detalle de las respuestas afirmativas de las preguntas 7 y 8

Nombre de la persona/ Número de la pregunta	Condición y Complicaciones	Fecha que comenzó (Mes/Año)	Duración	Nombre y dirección de médicos y hospitales
_____	_____	/	_____	_____
_____	_____	/	_____	_____
_____	_____	/	_____	_____
_____	_____	/	_____	_____
_____	_____	/	_____	_____
_____	_____	/	_____	_____
_____	_____	/	_____	_____
_____	_____	/	_____	_____
_____	_____	/	_____	_____
_____	_____	/	_____	_____

10. Nombre y dirección de sus médicos o especialistas: _____

11. Antecedentes médicos de la familia
 ¿Ha padecido algún familiar suyo de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental? Si No
 (En caso afirmativo, por favor explique. Indique con una "T" para el titular y con una "C" para cónyugue.)

	Edad si viven		Explicación	Edad al fallecer		En caso de fallecimiento Indicar causa
	"T"	"C"		"T"	"C"	
Padre						
Madre						
Hermano(s)						

12. Seguros de vida o salud que hayan estado o están en vigor de los asegurados propuestos. Indique con un "T" para el titular y con una "C" para el cónyugue.

"T"	"C"	Compañía	Número de Póliza	Salud	Vida	Suma asegurada	Fecha de emisión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____

13. ¿Intenta reemplazar con este seguro alguna póliza de salud o vida con esta u otra compañía? Si No



BEST MERIDIAN INSURANCE COMPANY

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD

**CONDICIONES PRE-EXISTENTES ESTAN CUBIERTAS SEGUN
SE DEFINEN EN LA POLIZA O EN CUALQUIER ENMIENDA A LA MISMA**

AUTORIZACION

Best Meridian Insurance Company tendrá derecho a obtener toda la información que considere necesaria como exámenes o tratamientos médicos practicados, o que en el futuro se hagan a las personas objeto del seguro solicitado. Autorizo a cualquier médico, clínica, hospital, Oficina de Información Médica o institución que posea esta información para que la suministre. Cualquier acción de parte del asegurado propuesto o sus médicos que busque obstaculizar la liberación de la información solicitada, hará cesar toda responsabilidad de parte de la aseguradora. Declaro que todos los datos escritos en la presente solicitud que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto, son verídicos. Esta autorización se mantendrá vigente por un periodo de tres años y una copia de la misma se considera tan válida como el original. Una vez aprobada esta solicitud pasará a formar parte del contrato de seguro emitido como consecuencia de esta solicitud.

Este seguro no se ofrece a residentes permanentes de los Estados Unidos de América, Canadá o Europa. En caso de conflicto o disputa relacionada con la póliza, las leyes del Estado de la Florida, excluyendo el Estatuto 627, tendrán jurisdicción sobre la misma. Las partes se someten a la venia exclusiva y jurisdicción de las cortes ubicadas en el Condado de Miami-Dade, Florida, para la resolución de dicho conflicto o disputa. Ningún agente podrá cambiar u omitir ninguna provisión de la solicitud de seguro, de esta póliza o de ningún otro documento emitido al respecto. El asegurado propuesto tiene el deber absoluto de proveer la información correcta, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. La falta de contestar verídicamente cualquier pregunta y/o la omisión de información en la solicitud de seguro resultará en la denegación de cobertura de la póliza o su anulación. Solamente un oficial autorizado de la aseguradora tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito.

Fecha en _____ Lugar _____ Mes, Día, Año _____

Firma del titular _____ Firma del dueño de la póliza _____
(Si no es el titular)

Firma del cónyuge _____ Firma del agente Manuel O. Matos Brea & Asociados

COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE ANTES DE SER ENTREGADA LA POLIZA.

La cobertura de gastos médicos cubiertos que resulten de una lesión corporal accidental incurridos por algún asegurado propuesto incluido en esta solicitud está limitada a un máximo de US \$25,000.- por solicitud, desde la fecha en que la solicitud y la prima total sean recibidas en las oficinas de BMI en Coral Gables, Florida, hasta lo que ocurra primero, (a) la fecha efectiva de la póliza o (b) sesenta días a partir de la fecha en que dicha solicitud es recibida en BMI en Coral Gables, Florida. Esta cobertura temporal de emergencia por accidente está sujeta y gobernada por las reglas, términos, condiciones y exclusiones de la póliza a aplicar si la póliza por la cual se solicitó cobertura hubiera estado en vigor en la fecha del accidente de cualquiera de los asegurados propuestos incluidos en la solicitud. Este beneficio está sujeto al deducible seleccionado por el asegurado propuesto. Este beneficio no aplicaría en el caso de que la solicitud fuera declinada por cualquier razón, otra que no fuera a consecuencia de lesiones sufridas en un accidente mientras se está evaluando la solicitud. Este beneficio aplica únicamente a los planes Serie 3000, Flexi Plan y Flexi Plan III, Flexi III América Latina y Plan Azure.

SEGURO DE SALUD – RECIBO CONDICIONAL/TERMINOS Y CONDICIONES (Nulo si fuese alterado o modificado, o si el pago del depósito de prima fuese rechazado)

Los beneficios bajo las pólizas de Gastos Médicos y Hospitalización o Incapacidad Total y Permanente (P.T.D.) estarán en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha de aprobación de la solicitud correspondiente, supeditados a los términos de dicha póliza y bajo las siguientes condiciones:

- 1) Que todas las personas propuestas para los beneficios de esta póliza se encuentren en buen estado de salud y no haya habido ningún cambio en las respuestas a las preguntas de esta solicitud.
- 2) Que la prima completa haya sido pagada con cheque, cheque de gerencia, transferencia bancaria, pagos en línea, tarjetas de crédito con su correspondiente formulario de autorización, en la fecha de la solicitud y recibida en las oficinas de BMI en Coral Gables, Florida.

En caso de que la solicitud sea declinada, la responsabilidad de la Compañía se limitará a la devolución de la prima pagada.

Recibí de _____ La cantidad de US \$ _____

Fecha _____ Firma del agente Manuel O. Matos Brea & Asociados
Mes, Día, Año

Declaro haber leído los términos de este recibo y que los mismos han sido explicados por el agente. Queda convenido que el seguro solicitado no entrará en vigor a menos que las condiciones de este recibo hayan sido satisfechas en su totalidad.

Firma del dueño _____

ESTE RECIBO DEBE SER COMPLETADO, FIRMADO POR EL AGENTE Y ENTREGADO AL DUEÑO SIEMPRE Y CUANDO SE HAYA HECHO UN PAGO POR LA PRIMERA PRIMA. DE LO CONTRARIO, NO DEBE SER DESPRENDIDO

NOTIFICACIÓN REFERENTE A LA OFICINA DE INFORMACIÓN MÉDICA

La información concerniente a su asegurabilidad es de carácter confidencial. No obstante, nosotros podemos presentar un breve informe a la Oficina de Información Médica. La Oficina es una asociación de compañías de seguro de vida, sin fines lucrativos, cuya función es permitir el intercambio de información entre sus miembros. Si usted solicita un seguro de vida o salud, o si radica una reclamación a otra compañía miembro, la Oficina suministrará a tal compañía la información contenida en su expediente, de así solicitarse. Nosotros también podemos suministrar la información contenida en su expediente a otras compañías de seguro de vida a las cuales usted solicite cobertura o radique una reclamación de beneficios. Usted puede solicitar que la Oficina revele cualquier información que pueda tener en su expediente. Usted también puede solicitar a la Oficina que corrija cualquier información contenida en su expediente que usted considere incorrecta. Los pasos a seguir se estipulan en la ley "Fair Credit Report Act" (Decreto de Informe de Crédito Justo). La dirección de la Oficina de Información Médica es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734. Teléfono (781) 751-6000.

Best Meridian Insurance Company

1320 S. Dixie Highway, 6th Floor, Coral Gables, Florida 33146
Tel. (305) 443-2898 • Fax (305) 442-8486 • e-mail:bmi@bmicos.com