



FORMULARIO DE SOLICITUD

FORMA DE PAGO

Anual
 Semestral
 Trimestral (TDC)
 Mensual (TDC)
 Cheque
 Tarjeta de Crédito
 Transferencia

PLANES/COBERTURA

Sky
 Sun
 Star
 \$1,000,000
 \$2,000,000 (Opcional Sky)
 Deducible: \$ _____

1. INFORMACION DEL SOLICITANTE

	NOMBRE(S)	APELLIDO(S)	Parentesco	Sexo	Fecha nacimiento			Edad	Altura mts. / pies	Peso lbs. / kgs.	Nacionalidad	PRIMA
					día	mes	año					
1			TITULAR									
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

ESTADO CIVIL (TITULAR)
 Casado
 Soltero
 Divorciado
 Viudo

INCLUIR COPIA DE LA CEDULA DE IDENTIDAD DEL ASEGURADO PRINCIPAL

Si el cónyuge y/o algunos de los hijos no está incluido en la solicitud, explicar porqué

2. OPCIONES SUPLEMENTARIAS

Maternidad para madre soltera \$300 (Opcional Sky)

Estudiante en los Estados Unidos \$375

3. CALCULO DE PRIMAS

TOTAL PRIMA ANUAL	FACTOR DE PRIMAS	COSTO ADMINISTRATIVO	PRIMA TOTAL
\$	Semestral: x 0.55 Trimestral: x 0.28 Mensual: x 0.10	\$ 100.00	\$

4. DIRECCION DE RESIDENCIA PERMANENTE (No puede ser dirección en los Estados Unidos)

Dirección: _____

Ciudad: _____ País: _____ Telf: _____ Cel: _____ e-mail: _____

5. DIRECCION POSTAL (Si es diferente a la anterior)

Dirección: _____

Ciudad: _____ País: _____ Telf: _____ Cel: _____ e-mail: _____

6. LUGAR Y DIRECCION DE EMPLEO

EMPLEADOR: _____ INDIQUE TIPO DE NEGOCIO: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ País: _____ Telf: _____ Fax: _____ e-mail: _____

7. OCUPACION Y CARGO

Asegurado Titular: _____ Cargo: _____

Deberes exactos del Titular: _____

Cónyuge: _____ Cargo: _____

Deberes exactos del Cónyuge: _____

8. PREGUNTAS SOBRE EL HISTORIAL MEDICO DE LOS SOLICITANTES:

Para que su solicitud sea procesada satisfactoriamente, cada pregunta debe ser respondida con la mayor honestidad. Cualquier respuesta afirmativa (Si) debe ser descrita en detalle en la "Sección 9: Detalles del Historial Médico". Adjunte información médica o reportes por cada pregunta respondida afirmativamente.

Todas las preguntas para todos los solicitantes deberán ser contestadas con suficiente información del historial médico.

Solicitantes mayores de 59 años deben de someter un informe medico.

¿Durante los últimos diez (10) años, Usted o cualquiera de los solicitantes ha sido médicamente aconsejado, referido, avisado, sometido a cirugía, tratado, diagnosticado o tomado medicamentos prescritos por alguna de las condiciones mencionadas a continuación?

Ha visitado un médico por cualquier razón?

	SI	NO		SI	NO
1. Enfermedades o desórdenes cardiovasculares o circulatorias, hipertensión arterial, hipertensión gestacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	15. Operaciones estéticas, cirugía oral, condición dental, infección o tratamiento de pérdida de peso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Enfermedades o desórdenes de la sangre o células, tumores benignos / malignos, cáncer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	16. Otras enfermedades o desórdenes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Enfermedades o desórdenes del sistema músculo-esquelético, molestias del dorso, reumatismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	17. Ha visitado un médico por cualquier razón?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Enfermedades o desórdenes del sistema digestivo, esófago, estomago, intestinos, páncreas, hígado, vesícula	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	18. Ha sido avisado de necesitar o se ha realizado hospitalización, operación, tratamiento, consultas médicas o existe alguna razón por la cual debe de consultar con un médico?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Enfermedades o desórdenes del sistema nervioso o neurológicos, migraña	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	19. Ha sido avisado o esta tomando algún medicamento o existe alguna razón por la cual debe de estar tomando algún medicamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Enfermedades o desórdenes del riñón o sistema urinario	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	20. Está actualmente hospitalizado, sufriendo de alguna enfermedad, inhabilidad o incapacitado a realizar actividades normales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Enfermedades o desórdenes respiratorios o pulmonares, asma, alergia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	21. En los últimos 12 meses ha experimentado algún síntoma, ha sido diagnosticado o tratado por alguna razón que le haga pensar que usted pueda tener alguna condición médica nueva	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Enfermedades o desórdenes de los ojos, nariz, oídos y garganta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	22. En los últimos 12 meses ha usado alguna forma de tabaco cantidad____ frecuencia____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Enfermedades o desórdenes congénitos, hereditarios o genéticos, desorden físico, deformidad, problema de desarrollo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	23. Para solicitantes masculinos: enfermedades de la próstata o del sistema reproductivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Enfermedades o desórdenes mentales o adictivos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	24. Para solicitantes femeninas:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Enfermedades o desórdenes hormonales o trastornos endocrinos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	a.) Enfermedades del sistema reproductivo		
12. Diabetes a.) Tipo ____ I Tipo ____ II b.) Fecha de diagnóstico inicial c.) Medicamentos: _____ dosis _____ d.) Diabetes gestacional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	b.) Está actualmente embarazada? fecha probable de parto __/__/__		
13. Enfermedades transmitidas sexualmente o síndrome de inmunodeficiencia adquirida o VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	c.) Tiene o ha tenido embarazos o partos en los cuales manifestó, hipertensión, diabetes, desórdenes tiroideos, infecciones o necesitó medicamentos prescritos?		
14. Enfermedades cutáneas o piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	d.) Ha sido sometida o está bajo tratamiento de fertilidad?		
			e.) Alguno de sus hijos ha sido concebido o está usted bajo tratamiento actualmente de inseminación artificial?		
			f.) Ha sufrido pérdida de embarazo?		



9. DETALLES DEL HISTORIAL MEDICO

Dé detalles completos si alguna pregunta de la sección 8 ha sido contestada afirmativamente (use una hoja adicional para detalles y reportes médicos correspondientes). Información incompleta puede demorar el proceso de su solicitud.

	NOMBRE	Pregunta #	Condición, Diagnóstico, Tratamiento-Medicamentos y resultados del tratamiento	Fechas de las visitas y duración del tratamiento	Nombre del Médico, clínica dirección y teléfono
1					
2					
3					
4					
5					
6					

10. Nombre del último médico primario (de cabecera) o nombre del último médico que realizó examen físico rutinario *(Sin esta información, la solicitud no será procesada)*

(Asegurado Principal) Nombre del Médico de Cabecera o tratante:		Ultima Fecha:
Ciudad/ País:	Teléfono:	Fax:
(Conyugue) Nombre del Medico de Cabecera o tratante:		Ultima Fecha:
Ciudad/ País:	Teléfono:	Fax:
(Hijos) Nombre del Médico de Cabecera o tratante:		Ultima Fecha:
Dirección/Ciudad/País:	Teléfono:	Fax:

CERTIFICATE ATTACHED

11. LISTA DE DEPENDIENTES ELEGIBLES QUE SEAN ESTUDIANTES A TIEMPO COMPLETO (Adjuntar Comprobante)

	NOMBRE DEL ESTUDIANTE	COLEGIO/UNIVERSIDAD - LUGAR/FECHA GRADUACION PREVISTA
1		
2		

12. ¿USTED O ALGUNO DE LOS SOLICITANTES PLANEA VIAJAR O RESIDIR POR MAS DE 6 MESES DE LOS 12 MESES DE LA PÓLIZA EN LOS ESTADOS UNIDOS?

SI

NO

NOMBRE	FECHA APROXIMADA DE PARTIDA

13. POLIZA DE SEGURO DE SALUD ACTUAL O ANTERIOR

Detalle cualquier cobertura actual o caducada:

A. Cobertura de salud local:

Compañía de Seguros: _____

Póliza # _____ Fecha de Vencimiento: ____ día / ____ mes / ____ año Fecha de Emisión: ____ día / ____ mes / ____ año

B. Cobertura de salud internacional:

Compañía de Seguros: _____

Póliza # _____ Fecha de Vencimiento: ____ día / ____ mes / ____ año Fecha de Emisión: ____ día / ____ mes / ____ año

** Adjunte copia del certificado o copia del ultimo recibo de la prima*

C. ¿A usted o algunos de los solicitantes se la ha negado, aplicado exclusión, o aumentado la prima de alguna póliza de de salud, incapacidad o vida?

SI NO

D. ¿Alguna vez ha presentado una reclamación por beneficios bajo una póliza de seguro para usted o algunos de los propuestos asegurados?

SI NO

Detalles de preguntas afirmativas: _____

Año _____

14. DECLARACION Y SOLICITUD DE INSCRIPCION/AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION MEDICA

CERTIFICO que he leído en el presente Formulario de Solicitud todas las respuestas y declaraciones que proporcioné, así como cualquier documento anexo, y que están completos y son verdaderos, a mi leal saber y entender. Entiendo que el Administrador, Global Assurance Group Inc., y Claria Life and Health Insurance Company, confiarán en toda la información de ésta Solicitud para determinar si procede la emisión de Cobertura, y que cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta puede causar que una reclamación sea negada y que la póliza sea modificada, cancelada o rescindida, tan pronto como dicha información se evidencie.

ENTIENDO que con esta solicitud se busca revelar la información completa aquí solicitada y que nadie tiene autorización para alterar o excluir ninguna información que se solicite en esta.

ENTIENDO que los beneficios médicos pueden ser limitados o excluidos para condiciones por las cuales alguno de los asegurados haya recibido diagnóstico, tratamiento, tomado algún medicamento, o manifestado síntomas previos a la Fecha Efectiva de la Póliza, de acuerdo a lo establecido en las disposiciones de la Póliza sobre limitaciones por Condiciones Pre-existentes. Si cualquiera de los solicitantes requiere cuidado o tratamiento médico después que la solicitud de seguro sea firmada, pero antes de la fecha efectiva de la póliza, detalles completos deben ser proporcionados a la compañía aseguradora para la aprobación final antes que la cobertura sea efectiva. Estoy de acuerdo en aceptar la póliza con los términos y condiciones con que es emitida, de no ser así, notificare por escrito a la Compañía mi desacuerdo en los primeros 10 días después de recibir la póliza de seguro.

AUTORIZO a cualquier Médico o practicante médico, hospital, clínica u otra dependencia médica o afín, al "Medical Information Bureau, Inc. (MIB, Inc)", agencias de reportes del consumidor, Compañías de Seguros o Reaseguros, empleadores o cualquier individuo que tenga alguna información acerca de mí o de mis dependientes listados en la presente solicitud, a revelar esta información a Global Assurance Group y Claria Life and Health Insurance Company, o a sus Representantes Legales. La naturaleza de ésta información incluye y no se limita a: (1) condición(es) física(s), (2) historial médico, (3) afición(es), (4) edad(es), (5) ocupación(es), y (6) características personales. Esta autorización incluye información sobre: (1) drogas, (2) alcoholismo, (3) enfermedades mentales, o (4) enfermedades contagiosas. Una fotocopia de esta solicitud será tan válida como el original. Esta autorización estará válida mientras que el seguro se encuentre en vigor.

ENTIENDO que la información obtenida mediante el uso de ésta autorización será usada por El Administrador, Global Assurance Group y por Claria Life and Health Insurance Company para determinar la elegibilidad a efectos de recibir los beneficios.

TAMBIÉN AUTORIZO a Global Assurance Group y a Claria Life and Health Insurance Company a suministrar cualquier información obtenida a las Compañías de Reaseguros, al "Medical Information Bureau" o a cualesquiera otras personas u organizaciones que realicen operaciones o servicios legales referentes a mi solicitud, reclamos, o que pueda ser legalmente requerida, o que yo pueda autorizar adicionalmente.

CONVENGO que las reglas del esquema Claria International Health Plans atarán en mí y todos los dependientes incluidos en mi póliza. Le aconsejamos guardar un expediente de toda la información que usted nos provee, incluyendo cartas. Si usted desea copia de esta solicitud por favor pregúntenos.

ENTIENDO que como residente de una jurisdicción extranjera puedo estar sujeto a leyes foráneas respecto al tipo y forma de cobertura en la cual me estoy inscribiendo.

TAMBIÉN ENTIENDO y estoy de acuerdo que la responsabilidad de cumplir con estas leyes recaerá solamente sobre mí. ENTIENDO que esta Solicitud no puede ser firmada ni fechada en los Estados Unidos.

ENTIENDO que la Póliza se hará efectiva en concordancia con los términos de la Fecha Efectiva y con la aceptación de GLOBAL ASSURANCE GROUP y de CLARIA LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY. ENTIENDO que la cobertura no puede ser efectiva hasta que yo sea notificado por escrito por GLOBAL ASSURANCE GROUP y CLARIA LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY, y haya sido enterado de la fecha efectiva de cobertura. Entiendo además que, si la cobertura no me es otorgada será responsabilidad de GLOBAL ASSURANCE GROUP y de CLARIA LIFE AND HEALTH INSURANCE COMPANY devolver la prima pagada.

ENTIENDO que está Cobertura no es, ni intenta ser una Póliza General Estadounidense de Salud. Entiendo que la Cobertura dentro de los Estados Unidos está limitada a 6 meses de los 12 meses de Cobertura total, y que si yo o cualquiera de los asegurados permanece más de 6 meses acumulables en territorio de los Estados Unidos, ésta Cobertura dejará de tener efecto y, a partir de entonces, no se pagará ningún reclamo que tuviere lugar.

TAMBIÉN ENTIENDO que cualquier persona que, con intenciones de cometer fraude o sabiendo que él o ella está propiciando la comisión de un fraude contra un asegurador, someta una solicitud o complete un reclamo conteniendo información falsa o engañosa, puede ser culpable de fraude.

FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO O REPRESENTANTE

FIRMA DEL CONYUGE DEL PROPUESTO ASEGURADO

Nombre Completo: _____

Nombre Completo: _____

(Colocar nombre completo en letra de molde legible)

(Colocar nombre completo en letra de molde legible)

Firmado el día _____ de _____, 20_____, en la ciudad de _____, (País) _____

Esta solicitud sera considerada nula e invalida si es firmada dentro de los Estados Unidos

15. INFORMACION DEL AGENTE (PARA USO DEL AGENTE SOLAMENTE)

Certificación del Agente: No estoy en conocimiento de ninguna otra información que pueda tener relación con la asegurabilidad de ninguno de los solicitantes, aparte de la que ha sido registrada. No he alterado ninguna respuesta ni en esta Solicitud ni en ninguno de sus anexos. No he aconsejado a el (los) solicitante (s) retener información relativa a las respuestas a las preguntas y he aconsejado a el (los) solicitante (s) revisar la Solicitud y las respuestas para confirmar que ha sido llenada de manera precisa y completa.

Código del Agente

Firma del Agente:

Nombre del Agente: **Manuel O. Matos Brea & Asociados**

Código y Nombre del Agente General:

Código y Nombre de la Agencia General: