



LATIN AMERICA PLAN - SOLICITUD DE SALUD

POR FAVOR COMPLETE ESTE FORMULARIO EN LETRA MAYÚSCULA.

El pago debe ser enviado antes que alguna cobertura pueda ser garantizada.

USTED DEBE INFORMAR EN ESTE FORMULARIO, TODOS LOS HECHOS MATERIALES, COMPLETOS Y CIERTOS. UN HECHO MATERIAL ES AQUEL QUE PUEDE AFECTAR LA EVALUACIÓN DE ESTA SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD. NO CUMPLIR PUEDE RESULTAR QUE USTED NO RECIBA ALGÚN BENEFICIO DE SU PÓLIZA.

NÚMERO DE PÓLIZA _____ FECHA DE EMISIÓN _____

1. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Título _____ Nombres _____
 Estado Civil _____ Apellido/s _____
 Sexo (Haga un círculo): M/F _____ Nacionalidad _____ Fecha de Nacimiento (dd,mm,aa) _____
 Ocupación _____
 Número de Pasaporte o Documento de Identidad _____

2. DATOS PARA CONTACTAR AL SOLICITANTE

Domicilio particular del país donde permanece más de 6 meses por año:

País _____ Código Postal _____

Dirección de Email _____

Teléfono: Particular

Código País	Cod. Área	Número
-------------	-----------	--------

 Trabajo

Código País	Cod. Área	Número
-------------	-----------	--------

Número de Fax

Código País	Cod. Área	Número
-------------	-----------	--------

 Número de VOIP _____

3. DEPENDIENTE

Título _____ Nombres _____
 Estado Civil _____ Apellido/s _____
 Sexo (Haga un círculo): M/F _____ Nacionalidad _____ Fecha de Nacimiento (dd,mm,aa) _____
 Ocupación _____ Relación con el Solicitante _____

DEPENDIENTE

Título _____ Nombres _____
 Estado Civil _____ Apellido/s _____
 Sexo (Haga un círculo): M/F _____ Nacionalidad _____ Fecha de Nacimiento (dd,mm,aa) _____
 Ocupación _____ Relación con el Solicitante _____

DEPENDIENTE

Título _____ Nombres _____
 Estado Civil _____ Apellido/s _____
 Sexo (Haga un círculo): M/F _____ Nacionalidad _____ Fecha de Nacimiento (dd,mm,aa) _____
 Ocupación _____ Relación con el Solicitante _____

DEPENDIENTE

Título _____ Nombres _____
 Estado Civil _____ Apellido/s _____
 Sexo (Haga un círculo): M/F _____ Nacionalidad _____ Fecha de Nacimiento (dd,mm,aa) _____
 Ocupación _____ Relación con el Solicitante _____

4. ELECCIÓN DE COBERTURA MÉDICA Y OPCIONES DE DEDUCIBLE

Plan (por favor, marque solo en un lugar)

Essential <input type="checkbox"/>	Deducible en País de Residencia	\$250	\$500	\$1,000	\$2,000	\$5,000	\$10,000
Comprehensive <input type="checkbox"/>	Deducible en USA	\$1,000	\$1,000	\$2,000	\$4,000	\$5,000	\$10,000
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Algunos tratamientos en USA que están fuera de la red de prestadores médicos establecidos están sujetos a un 10% de co-aseguro.

5. PRIMAS

Prima

Anual

Semestral

(Mas 4% de recargo)

Solicitante Principal _____
Dependiente _____
Dependiente _____
Dependiente _____
Dependiente _____
Gasto de Póliza \$75
Recargo por pago semestral _____
Recargo por pago con tarjeta de crédito _____
Prima Total _____

6. MÉTODO DE PAGO Y DETALLES DEL CONTRATO

Detalles de contrato

Fecha de comienzo de cobertura (dd,mm,aa) _____
(Esta fecha debe ser Primer día de mes, pero no puede ser previa a la recepción de la solicitud)

Detalles de Pago

Método (Por favor, marque solo en un lugar)

Cheque Bancario Transferencia Bancaria* Tarjeta de Crédito

No hay cargo adicional por pagos anuales. Sin embargo, Usted puede elegir la opción de pago semestral, más 4% de recargo

* Cualquier cargo hecho por el banco remitente y el banco receptor para la entrega de los fondos a Optimum Global son responsabilidad del solicitante. Esto significa que puede ser necesario pagar un monto en exceso de la prima del plan para cubrir esos cargos. Por favor indique su número de póliza. Por favor remita el importe en US\$ (dólares estadounidenses) a la cuenta de Banco de Optimum Global Limited como se muestra abajo:

Moneda	Banco	Dirección del Banco	Dirección de SWIFT	Nombre de la Cuenta	Número de Cuenta	Número IBAN
US Dollar	HSBC	6 West Street, Horsham, West Sussex, RH12 IPE, United Kingdom	MIDLGB22	Optimum Global Limited	67496486	GB31MIDL40051567496486

Autorización de Pago con Tarjeta (Complete esta sección si optó por el pago con Tarjeta de Crédito)

Autorizo a Optimum Global Ltd. hasta nueva notificación por escrito, a cobrar de mi tarjeta de crédito, las primas de mi Plan de Salud Optimum Global Internacional como y cuando sea el vencimiento. Avisaré por escrito inmediatamente, si la tarjeta es robada o si deseo cancelar mi tarjeta o la autorización. Entiendo que existe un recargo del 4% en los pagos con tarjeta de crédito.

Nombre del Titular de la Tarjeta (como aparece en la tarjeta de crédito) _____

Visa

Mastercard

Número de Tarjeta _____ Número de CVC _____

Banco _____

Fecha de Vencimiento (mm/aa) _____ Firma del Titular _____ Fecha _____



7. HISTORIA MÉDICA CONFIDENCIAL

	Solicitante Principal		Dependiente 1		Dependiente 2		Dependiente 3		Dependiente 4	
Nombre										
Altura (cm)										
Peso (kg)										
Fumador	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1. ¿Alguna de las personas mencionadas en este formulario han ingresado a un hospital, o le han efectuado algún examen médico en los últimos 4 años?	<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"/>
2. ¿Han consultado algún especialista o doctor y/o le han entregado recetas por alguna droga o medicamento en los últimos 4 años?	<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"/>
3. ¿Ha sido alguna solicitud de seguro de vida, accidente, salud o algún otro seguro sido rechazado o le han aplicado términos especiales?	<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"/>
4. ¿Alguna de las personas mencionadas en este formulario prevén la necesidad, o le ha sido recomendado hacerse cualquier tipo de examen médico o investigación en el futuro cercano?	<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"/>
5. ¿Alguna de las personas mencionadas en este formulario sufrió o está sufriendo alguna de las enfermedades mencionadas a continuación?	<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"/>

Problemas de corazón o dolor en el pecho	No <input type="checkbox"/>	Enfermedades o desordenes en la espalda, huesos, ligamentos músculos o piel	No <input type="checkbox"/>
Problemas de presión sanguínea o desordenes circulatorios	No <input type="checkbox"/>	Desordenes mentales o nerviosos	No <input type="checkbox"/>
Desmayos, pérdida de conocimiento, mareos, ataque de apoplejía, ataque epiléptico	No <input type="checkbox"/>	SIDA, HIV o enfermedades venéreas	No <input type="checkbox"/>
Accidente cerebro vascular o parálisis	No <input type="checkbox"/>	Últimamente a tenido cualquier enfermedad, desorden o condición de larga duración o recurrente	No <input type="checkbox"/>
Asma, tos persistente, falta de aire o cualquier otro desorden respiratorio	No <input type="checkbox"/>	Tratamiento por adicción o abuso de droga o alcohol	No <input type="checkbox"/>
Úlcera estomacal, hígado, hepatitis, vesícula, desordenes intestinales	No <input type="checkbox"/>	Cualquier otra enfermedad, incapacidad o defectos presentes que puedan requerir tratamiento que no hayan sido ya informados	No <input type="checkbox"/>
Riñón, vejiga, próstata o desordenes urinarios genitales	No <input type="checkbox"/>		
Desordenes ginecológicos u hormonales o irregularidades	No <input type="checkbox"/>	Si Usted o alguno de sus dependientes no pueden contestar "No" a alguna de las preguntas, por favor provea detalles completos en una hoja de papel por separado indicando claramente, la condición, fechas de consulta, tratamiento recibido y nombre y dirección del médico. Por favor adjunte copias de todos los reportes. Por favor informe el número de hojas por separado en este lugar: <input type="checkbox"/>	
Diabetes, problemas o enfermedades de colesterol o desordenes en la sangre	No <input type="checkbox"/>		
Crecimiento de tumor, cáncer o enfermedades glandulares o anomalías	No <input type="checkbox"/>		
Enfermedades o desordenes en los ojos, oído, nariz o garganta	No <input type="checkbox"/>		



8. DECLARACIÓN

Los beneficios pueden no ser pagados si Usted no suministra todos los hechos materiales que podrían influir en nuestra evaluación y aceptación de esta solicitud y, si Usted tiene alguna duda de que alguno de los hechos son materiales, los debería informar.

Yo/Nosotros declaro/declaramos que toda la información en esta solicitud es verdadera y completa. Yo/Nosotros no tengo/tenemos conocimiento de la existencia de alguna condición médica o circunstancia visible que requiera mi/nuestra hospitalización en el futuro, y entiendo/entendemos que los beneficios no aplicaran a tratamientos o gastos de condiciones médicas que fueron originadas o eran conocidas o por las cuales, tratamiento, medicamento, consejo o diagnóstico fue solicitado o recibido previamente a mi/nuestra aceptación en la póliza salvo que dichas condiciones fueran totalmente informadas y aceptadas por Optimum Global Ltd. previa a la emisión de la póliza. Yo/Nosotros acepto/aceptamos que Optimum Global Ltd. obtenga información de cualquier médico que me/nos haya atendido y autorizo/autorizamos que le sea entregada dicha información. Yo/Nosotros además autorizo/autorizamos a Optimum Global Ltd. entregar la información obtenida o información contenida aquí para el propósito de obtener cobertura de seguros bajo esta solicitud a mi/nuestro representante de seguros. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que Optimum Global Ltd. puede solicitar más información médica de mis médicos y sé/sabemos que soy/somos responsable/s por obtener y pagar por dicha información si deseo/deseamos continuar con mi/nuestra solicitud. Yo/Nosotros sé/sabemos que puedo/podemos obtener asesoramiento de un asesor calificado antes de que firme/firmemos el formulario de solicitud. Si yo/nosotros deseo/deseáramos no hacerlo, tomo/tomamos total responsabilidad de asegurarme/asegurarnos que este producto es apropiado para mi/nuestra necesidad/es financiera/s y objetivo/s de seguro. Yo/Nosotros he/hemos recibido las condiciones de póliza de Optimum Global y la tabla de beneficios del producto y han sido explicados a mi/nuestra satisfacción.

Yo/Nosotros estoy/estamos de acuerdo que cualquier cobertura que haya/hayamos comprado para los Estados Unidos de Norte América y Canadá terminará después de informar a Optimum Global Ltd. que he/hemos pasado a ser residente/s de Estados Unidos de Norte América o Canadá. Yo/Nosotros estoy/estamos de acuerdo que esta solicitud será la base del contrato de seguros entre Yo/Nosotros y Optimum Global Ltd. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que el seguro no estará vigente hasta que sea aceptada y confirmada por escrito por Optimum Global.

Firma de solicitante principal

Fecha

Firma de la Esposa/socio

Fecha

AGENT NUMBER:

COUNTRY: