

Póliza nueva

Rehabilitación de la póliza

Adición de dependientes

Cambio de plan/opción

Sección I. Información del Solicitante

1. Apellidos:

2. Nombres:

3. Dirección:

4. Ciudad:

5. Provincia o estado:

6. Zona postal:

7. País:

8. Teléfono (oficina o móvil):

9. Fax:

10. Correo electrónico:

11. Ocupación:

12. Estado civil:

Soltero(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

13. Fecha de nacimiento:

14. Sexo:

15. Estatura:

16. Peso:

M M / D D / A A A A

Masculino

Femenino

Metros

Pies

Kilos

Libras

17. Si esta solicitud incluye hijos entre los 19 y 24 años de edad:

¿Es alguno de ellos estudiante a tiempo completo en una universidad?

Sí

No

17a. Si respondió "SP", por favor indique el nombre de la universidad y proporcione copia del certificado o comprobante de la universidad como evidencia de que son estudiantes de tiempo completo:

Sección II. Elija su Cobertura

1. Fecha de efectividad solicitada:

M M / D D / Y Y Y Y

2. Plan:

3. Opción:

4. Cobertura adicional:

Absolute VIP
Universal VIP
Special VIP
Optimum VIP
Senior VIP
Access VIP
Prime VIP
Direct VIP

I

II

III

IV

V

VI

Complicaciones de maternidad
y del recién nacido

Trasplante de órganos

Seguro de vida a término

Solicitante

Espos(a) / Concubino(a)

Nombre del beneficiario y relación con el solicitante:

Opción:

US\$50,000

US\$100,000

Sección III. Información de Dependientes

DEPENDIENTE 1

1. Apellidos:

2. Nombres:

3. Relación con el solicitante:

4. Fecha de nacimiento:

5. Sexo:

6. Estatura:

7. Peso:

8. Estado civil:

M M / D D / A A A A

Masculino

Femenino

Metros

Pies

Kilos

Libras

Soltero(a)

Otro

DEPENDIENTE 2

1. Apellidos:

2. Nombres:

3. Relación con el solicitante:

4. Fecha de nacimiento:

5. Sexo:

6. Estatura:

7. Peso:

8. Estado civil:

M M / D D / A A A A

Masculino

Femenino

Metros

Pies

Kilos

Libras

Soltero(a)

Otro

Sección IV. Información de Otro Seguro

1. ¿Tiene usted un seguro de salud con alguna otra compañía? Sí No

1a. Nombre de la compañía:

1b. Número de teléfono:

+ [] [] [] - [] [] - [] [] [] [] [] [] [] []

1c. Plan:

1d. Valor del deducible:

1e. Número de póliza:

1f. ¿Tiene la intención de mantener el seguro de salud con la otra compañía? Sí No

Si desea que se elimine el período de espera, por favor incluya una copia del certificado de cobertura y recibo de pago de los últimos 12 meses de la cobertura previa.

2. ¿Ha sido alguna solicitud de seguro de salud o de vida rechazada o aceptada sujeta a restricciones o a una prima mayor que las tarifas estándar de la aseguradora para alguno de los solicitantes? Sí No

2a. Si respondió "SÍ", por favor explicar:

Sección V. Información Médica

Parte A: Exámenes Médicos

¿Ha tenido alguno de los solicitantes un examen pediátrico, ginecológico o de rutina en los últimos cinco (5) años? Sí No

En caso afirmativo, indique:

EXAMEN MÉDICO 1

1. Nombre y apellido del solicitante:

2. Tipo de examen:

3. Fecha:

[M] [M] / [D] [D] / [A] [A] [A] [A]

4. Resultado:

5. Si es anormal, por favor explicar:

Normal

Anormal

EXAMEN MÉDICO 2

1. Nombre y apellido del solicitante:

2. Tipo de examen:

3. Fecha:

[M] [M] / [D] [D] / [A] [A] [A] [A]

4. Resultado:

5. Si es anormal, por favor explicar:

Normal

Anormal

EXAMEN MÉDICO 3

1. Nombre y apellido del solicitante:

2. Tipo de examen:

3. Fecha:

[M] [M] / [D] [D] / [A] [A] [A] [A]

4. Resultado:

5. Si es anormal, por favor explicar:

Normal

Anormal

Parte B: Condiciones Médicas

Según su mejor entendimiento y conocimiento, ¿hay alguna persona nombrada en esta solicitud que haya padecido o padezca de las siguientes enfermedades?

1 Desórdenes nasales, de la visión, del oído o de la garganta Sí No

2 Convulsiones, migrañas, parálisis u otro desorden neurológico Sí No

3 Desórdenes del corazón, desórdenes circulatorios, hipertensión arterial, colesterol o triglicéridos elevados Sí No

4 Alergias, asma, bronquitis, neumonía, desorden pulmonar u otro desorden del sistema respiratorio Sí No

5 Enfermedades del esófago, estómago, intestinos, páncreas, vesícula biliar, hepatitis u otras enfermedades del hígado así como otro desorden del aparato digestivo Sí No

Sección V. Información Médica

(continuación)

6	Enfermedades de los riñones o de las vías urinarias	Sí	No
7	Desórdenes o lesiones de la columna vertebral, reumatismo, artritis, gota u otro desorden muscular, articular o de los huesos	Sí	No
8	Cáncer o tumores benignos	Sí	No
9	Anemia, leucemia, linfoma, trastornos de la coagulación u otro desorden de la sangre	Sí	No
10	Diabetes, desórdenes de la glándula tiroidea u otro desorden endocrino/hormonal	Sí	No
11	Desórdenes de la piel	Sí	No
12	Desórdenes congénitos o hereditarios	Sí	No
13	Enfermedades de transmisión sexual o de los órganos sexuales u otro desorden del sistema reproductivo	Sí	No
14	Masculino: desórdenes de la próstata	Sí	No
15	Femenino: desórdenes de las mamas, los ovarios, el útero u otro desorden ginecológico	Sí	No
16	Femenino: ¿actualmente embarazada? (en caso afirmativo indicar fecha probable del parto): 16a. Número de embarazos: 16b. Partos: 16c. Cesáreas: 16d. Abortos:	M M / D D / A A A A	Sí No
17	Femenino: complicación del embarazo o del parto, embarazo múltiple, o un hijo(a) con algún defecto de nacimiento	Sí	No
18	Otra enfermedad, desorden, lesión, accidente, cirugía, consulta médica, pérdida involuntaria de peso u hospitalización no mencionada arriba	Sí	No

Parte C: Explicación de Condiciones Médicas

CONDICIÓN MÉDICA 1

1. Número: 2. Nombre y apellido del solicitante: 3. Enfermedad o lesión:

4. Desde: 6. Nombre del médico: 8. Tratamiento, resultado y condición actual:

5. Hasta: 7. Teléfono del médico:

CONDICIÓN MÉDICA 2

1. Número: 2. Nombre y apellido del solicitante: 3. Enfermedad o lesión:

4. Desde: 6. Nombre del médico: 8. Tratamiento, resultado y condición actual:

5. Hasta: 7. Teléfono del médico:

CONDICIÓN MÉDICA 3

1. Número: 2. Nombre y apellido del solicitante: 3. Enfermedad o lesión:

4. Desde: 6. Nombre del médico: 8. Tratamiento, resultado y condición actual:

5. Hasta: 7. Teléfono del médico:

Sección V. Información Médica

(continuación)

Parte D: Medicamentos

¿A alguno de los solicitantes se le ha indicado o se encuentra bajo tratamiento con algún medicamento?

Sí No

En caso afirmativo, indique:

TRATAMIENTO MÉDICO 1

1. Nombre y apellido del solicitante:

2. Desde:

3. Hasta:

M M / D D / A A A A A

M M / D D / A A A A A

4. Nombre del medicamento, dosis y frecuencia:

TRATAMIENTO MÉDICO 2

1. Nombre y apellido del solicitante:

2. Desde:

3. Hasta:

M M / D D / A A A A A

M M / D D / A A A A A

4. Nombre del medicamento, dosis y frecuencia:

TRATAMIENTO MÉDICO 3

1. Nombre y apellido del solicitante:

2. Desde:

3. Hasta:

M M / D D / A A A A A

M M / D D / A A A A A

4. Nombre del medicamento, dosis y frecuencia:

Parte E: Hábitos

¿Alguno de los solicitantes usa o ha usado productos con nicotina, bebidas alcohólicas o drogas ilegales?

Sí No

En caso afirmativo, indique:

TIPO DE HÁBITO 1

1. Nombre y apellido del solicitante:

2. Desde:

3. Hasta:

M M / D D / A A A A A

M M / D D / A A A A A

4. Producto y cantidad consumida por día:

TIPO DE HÁBITO 2

1. Nombre y apellido del solicitante:

2. Desde:

3. Hasta:

M M / D D / A A A A A

M M / D D / A A A A A

4. Producto y cantidad consumida por día:

TIPO DE HÁBITO 3

1. Nombre y apellido del solicitante:

2. Desde:

3. Hasta:

M M / D D / A A A A A

M M / D D / A A A A A

4. Producto y cantidad consumida por día:

Sección VI. Historia Familiar

¿Alguno de los solicitantes tiene historia familiar de diabetes, hipertensión, desórdenes del corazón, cáncer o enfermedad congénita o hereditaria?

Sí No

En caso afirmativo, indique:

HISTORIA FAMILIAR 1

1. Nombre y apellido del solicitante:

2. Relación con el solicitante:

3. Enfermedad:

HISTORIA FAMILIAR 2

1. Nombre y apellido del solicitante:

2. Relación con el solicitante:

3. Enfermedad:

Sección VII. Reconocimiento y Autorizaciones

Certifico que he leído y revisado todas las respuestas y declaraciones en esta solicitud y que, a mi mejor entendimiento, están completas y son verdaderas. Entiendo que cualquier omisión o declaración incompleta o incorrecta puede causar que las reclamaciones sean negadas y que la póliza sea modificada, rescindida o cancelada. Si cualquiera de los asegurados requiere cuidado o tratamiento médico después que la solicitud de seguro ha sido firmada, pero antes de la fecha de efectividad de la póliza, deberá proporcionar detalles completos a la Compañía para la aprobación final antes que la cobertura se haga efectiva. Estoy de acuerdo en aceptar la póliza bajo los términos y condiciones con que sea emitida. De no ser así, notificaré mi desacuerdo por escrito a la Compañía durante los quince (15) días siguientes al recibo de la póliza de seguro.

Autorización para recaudar y revelar información sobre mi salud

Por este medio autorizo a VUMI o VIP Universal Medical Insurance Group, Limited y sus subsidiarias y filiales a solicitar mis registros médicos y/o los de mis dependientes, así como también cualquier historial de medicamentos recetados y cualquier otra información médica o farmacéutica para ser considerada en el proceso de evaluación de riesgos con respecto a la solicitud de cobertura para mi persona y mis dependientes. Autorizo a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia o cualquier otro proveedor médico, plan de salud, la Oficina de Información Médica (MIB), o cualquier otra organización o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud para revelar dicha información a VUMI o VIP Universal Medical Insurance Group, Limited o sus representantes designados. Asimismo, autorizo a VUMI o VIP Universal Medical Insurance Group, Limited y sus subsidiarias y filiales a revelar a mi agente/agencia de seguro, afiliados, sucesores y a la Oficina de Información Médica (MIB) las condiciones de mi póliza, mi certificado de cobertura y otros documentos de seguro, información de pagos, reclamaciones, solicitudes de reembolso y registros médicos que puedan contener información de salud protegida que les permitirá atender a mis preguntas y facilitar la interacción relacionada con mi cobertura de seguro, pagos y reclamaciones. Entiendo que existe la posibilidad de que cualquier información revelada conforme a esta autorización pueda volver a ser revelada y que la información, una vez divulgada, es posible que ya no esté protegida por las leyes federales que rigen la privacidad y la confidencialidad. La existencia de cualquier información y documentación descrita anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud. Entiendo que VUMI se basará en dicha información para:

- 1) Evaluar el riesgo de solicitud de cobertura y tomar decisiones sobre la elegibilidad, clasificación de riesgo, emisión de la póliza e inscripción de todos los solicitantes.
- 2) Administrar reclamaciones y determinar o cumplir la responsabilidad de cobertura y suministro de beneficios.
- 3) Administrar la cobertura.
- 4) Llevar a cabo otras operaciones de seguro conforme a la ley pertinente.

Entiendo que la capacidad de VUMI para evaluar la cobertura depende de recibir toda la información de salud necesaria.

Pre-Notificación de MIB

La información sobre su asegurabilidad será tratada con confidencialidad. Sin embargo, VUMI o sus reaseguradores pueden hacer un breve reporte a MIB Inc., una organización sin fines de lucro, cuyos miembros son compañías de seguros y la cual funciona como un intercambio de información en representación de sus miembros. Si usted envía una solicitud de seguro de salud o vida a una compañía que es miembro de MIB, o si reclama beneficios de una póliza de tal compañía, MIB puede proporcionar a esa compañía la información que tiene en sus archivos si esta es solicitada.

Cuando usted lo solicite, MIB le proporcionará la información que tenga en sus archivos, por favor contacte a MIB al teléfono +1-866-692-6901. Si tiene preguntas sobre la precisión de la información contenida en el archivo de MIB, usted puede contactar a MIB y pedir una corrección de acuerdo a los procedimientos establecidos en la ley federal de los Estados Unidos Fair Credit Reporting Act. La dirección de MIB es 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734.

VUMI, o sus reaseguradores, también pueden divulgar la información en sus expedientes a otras compañías de seguros en las que usted presente una solicitud de seguro de vida o salud, o si reclama beneficios de estas compañías.

Los consumidores pueden obtener información acerca de MIB a través de su sitio de internet www.mib.com.

Autorizo a VUMI, o sus reaseguradores, a hacer un breve reporte de mi información médica personal a MIB. Una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.

He revisado y entiendo el contenido y propósito de este reconocimiento y autorizaciones. Con mi firma y respuestas afirmativas confirmo que la autorización sobre las decisiones descritas anteriormente refleja fielmente mis deseos. Mi firma abajo constituye la aceptación de todas las declaraciones listadas arriba. Esta solicitud es válida por 90 días a partir de la fecha en que ha sido firmada. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a VIP Universal Medical Insurance Group, LLC a la dirección indicada abajo. También entiendo que mi revocación no afectará los derechos de la persona que haya actuado en función de esta autorización antes de recibir el aviso de mi revocación.

1. Nombre y apellido del solicitante:

2. Firma del solicitante:

3. Fecha:

4. Nombre y apellido del cónyuge:

5. Firma del cónyuge:

6. Fecha:

Como Agente, acepto completa responsabilidad por el envío de esta solicitud, todas las primas cobradas y por la entrega de la póliza cuando sea emitida. Desconozco la existencia de cualquier condición que no haya sido revelada en esta solicitud que pudiera afectar la asegurabilidad de los propuestos asegurados.

7. Nombre y apellido del agente:

8. Firma del agente:

9. Fecha:

Sección VIII. Información de Pago

(el pago debe ser enviado con la solicitud)

1. Nombre y apellido del contratante:

2. Número de póliza:

3. Modalidad de la póliza:

- Anual
- Semestral
- Trimestral

Prima US\$

Cobertura opcional US\$

Tarifa administrativa anual US\$

Cantidad total US\$

NO ENVIAR EFECTIVO. El pago debe ser emitido a nombre de VIP Universal Medical Insurance Group.

Método de pago OPCIÓN 1:

Cheque

Cheque personal

Giro bancario

Cheque de viajero

Otro

Método de pago OPCIÓN 2:

Por favor proporcione la siguiente información:

Yo, _____ autorizo a VIP Universal Medical Insurance Group a cargar a mi:

Tarjeta de crédito



1. Número de tarjeta de crédito:

 - - -

2. Fecha de expiración:

 /

3. CVC:

4. Cantidad a cargar:

US\$

5. Teléfono del tarjetahabiente:

+ - - -

6. Móvil del tarjetahabiente:

+ - - -

7. Dirección del tarjetahabiente / dueño de cuenta bancaria (donde recibe el estado de cuenta):

Cuenta bancaria

1. Nombre y apellido del titular de la cuenta:

2. Número de la cuenta:

 - - -

3. ABA:

4. Cantidad a cargar:

US\$

5. Teléfono del dueño de cuenta bancaria:

+ - - -

6. Móvil del dueño de cuenta bancaria:

+ - - -

Débito automático para renovaciones futuras: Sí No

Con mi firma en este documento autorizo a VIP Universal Medical Insurance Group a debitar directamente de la tarjeta de crédito y/o cuenta bancaria indicada arriba el pago de las primas de mi póliza de seguro VUMI.

Entiendo que si hay cualquier cambio a mi póliza de seguro VUMI, la cantidad de la prima aprobada puede cambiar. Entiendo que una fiel copia de este documento será enviada a mi institución bancaria o compañía de tarjeta de crédito. Al firmar este documento, solicito e instruyo a la institución correspondiente que permita a VIP Universal Medical Insurance Group debitar de mi cuenta directamente y pagar la prima del seguro, a menos que yo indique lo contrario por escrito.

En el caso que este débito sea rechazado o denegado por cualquier razón, acepto que tengo la responsabilidad personal de pagar inmediatamente las primas de mi póliza de seguro o la póliza podrá ser rescindida, interrumpida o cancelada.

Al firmar, autorizo las deducciones automáticas para las futuras renovaciones.

Firma del tarjetahabiente / dueño de cuenta bancaria:

X _____