

SOLICITUD SEGURO DE SALUD

☐ NUEVA PÓLIZA
 ☐ REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA
 ☐ AGREGAR DEPENDIENTES
 ☐ CAMBIO DE PLAN

En caso de rehabilitación, cambio de plan o adiciones indicar número de póliza:

FECHA EFECTIVA

El Solicitante Principal y su(s) Dependiente(s) deberán adjuntar junto a esta Solicitud, una copia de su pasaporte o documento de identificación personal (cédula o equivalente).

Información del plan, deducible y coberturas adicionales

1. SELECCIONE PLAN

Beyond

Privilege

Liberty

Legacy



2. SELECCIONE DEDUCIBLE

Opción I. \$500 / \$1,000

Opción II. \$1,000 / \$2,000

Opción III. \$2,000 / \$3,000

Opción IV. \$5,000

Opción V. \$10,000

Opción VI. \$20,000



3. COBERTURA ADICIONAL (ENDOSOS)

Complicaciones de Maternidad
Trasplante de órganos

Información y dirección solicitante principal

Nombre y Apellidos completos

Fecha de nacimiento

Estado Civil

Sexo

Peso (Kg / Wt)

Altura (M / Ht)

DIRECCIÓN FÍSICA

Ciudad

Provincia

País

Código Postal

Teléfono Casa / Trabajo

DIRECCIÓN POSTAL

Ciudad

Provincia

País

Código Postal

Teléfono Casa / Trabajo

Teléfono Móvil

Fax

Correo Electrónico

Información de los Dependientes

Nombre y Apellidos Completos

F.Nacimiento

Vínculo

Estado Civil

Sexo

Peso (Kg / Wt)

Altura (M / Ht)

Información sobre cualquier otro seguro

¿Tiene usted un seguro de salud con alguna otra compañía? **SÍ** **NO**

Nombre de la compañía

Teléfono

Producto

Deducible

No. de Póliza

¿Tiene la intención de mantener su seguro de salud con la otra compañía? **SÍ** **NO**

Si la cobertura solicitada reemplazará a otro seguro existente, por favor incluya una copia del certificado de cobertura y recibo de su último pago

¿Ha sido alguna solicitud de seguro de salud o de vida rechazada, aceptada sujeta a restricciones o a una prima mayor que las tarifas estándar de la aseguradora para cualquiera de los solicitantes? **SÍ** **NO**

Si respondió "Sí" por favor explicar:

Cuestionario Médico

Esta sección debe ser completada con la información médica de todos los integrantes de la póliza, considerando todos los antecedentes actuales y pasados. Por favor asegúrese de declarar todo acerca de cualquier condición y síntomas conocidos o sospechosos, incluso si el asesoramiento profesional aún no se ha solicitado. Las condiciones médicas referidas son ejemplos de enfermedades o condiciones agrupadas de acuerdo al sistema corporal, pero no limitan o excluyen otras relacionadas.

Si ya es asegurado de Loyal y desea cambiar de plan, usted también debe incluir detalles sobre las condiciones de salud. Esta información se enviará a nuestro equipo de suscripción que evaluará los términos de su plan.

1 Desórdenes endocrinos (glandulares) o del metabolismo, como: diabetes (tipo 1 - tipo 2), problemas de tiroides, obesidad o síndrome de Cushing, entre otros. **SÍ** **NO**

Nombre del (los) solicitante (s)

2 Desórdenes del esófago, estómago, intestinos, hígado, páncreas o bazo, como: enfermedad por reflujo, gastritis, esofagitis, esófago de Barret, enfermedades de la vesícula, úlceras, colon irritable, colitis ulcerativa crónica, enfermedad diverticular, hemorroides, pancreatitis, hepatitis, cirrosis, calculos biliares o hernias entre otros. **SÍ** **NO**

Nombre del (los) solicitante (s)

Cuestionario Médico

3 Desórdenes psiquiátricos o trastornos psicológicos, como: esquizofrenia, trastornos alimenticios, depresión, déficit de atención, ansiedad, dependencia de las drogas o alcohol entre otros. **SÍ** **NO**

Nombre del (los) solicitante (s)

4 Desórdenes respiratorios o pulmonares, como: asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, bronquitis, tuberculosos o alergias (incluyendo fiebre de heno y anafilaxia) entre otros. **SÍ** **NO**

Nombre del (los) solicitante (s)

5 Desórdenes del corazón o del aparato circulatorio, como: hipertensión arterial, colesterol alto, angina de pecho arritmia, evento vascular cerebral, aneurisma, venas varicosas o trombosis venosas, entre otras. **SÍ** **NO**

Nombre del (los) solicitante (s)

6 Desórdenes renales o del sistema urinario, como: cálculos renales, insuficiencia renal, infecciones urinarias recurrentes incontinencia, entre otros. **SÍ** **NO**

Nombre del (los) solicitante (s)

7 Cáncer, tumores de cualquier tipo o condiciones precancerosas, como: pólipos, crecimientos, nódulos mamarios, quistes o lipomas, entre otros. **SÍ** **NO**

Nombre del (los) solicitante (s)

Cuestionario Médico

8 Desórdenes de la piel, como: eccema, dermatitis, erupciones cutáneas, psoriasis, acné, quistes, lunares o condiciones alérgicas, entre otros. SÍ NO

Nombre del (los) solicitante (s)

9 Desórdenes musculares o esqueléticos, como: artritis, lumbalgia, padecimientos de la columna vertebral, padecimientos del cuello/hombro, fracturas, esguinces, osteoporosis, gota, padecimiento de la rodilla, del cartílago o ligamentos entre otros. SÍ NO

Nombre del (los) solicitante (s)

10 Desórdenes de la sangre, trastornos infecciosos, trastornos inmunológicos, como: análisis de sangre anormales, anemia, hepatitis, VIH/SIDA, malaria, lupus eritematoso sistémico, púrpura trombocitopénica, talasemia o cualquier otro trastorno autoinmune, entre otros. SÍ NO

Nombre del (los) solicitante (s)

11 Desórdenes cerebrales o del sistema nervioso, como: demencia, migraña, dolores de cabeza frecuentes, parálisis, esclerosis múltiple, epilepsia/crisis compulsivas, neuralgias (incluyendo dolor ciático y el herpes Zóster), meningitis, entre otros. SÍ NO

Nombre del (los) solicitante (s)

12 Desórdenes de los ojos, oídos, nariz, garganta o padecimientos dentales, como cataratas, glaucoma, retinopatía, deterioro visual, sordera, infecciones recurrentes del oído, amigdalitis, infecciones dentales, caries, problemas con las muelas del juicio o gingivitis entre otros. SÍ NO

Nombre del (los) solicitante (s)

13 Cirugía cosmética, como cirugía de aumento/reducción de mama o rinoplastia, entre otras. SÍ NO

Nombre del (los) solicitante (s)

14 Desórdenes congénitos o hereditarios de cualquier tipo. SÍ NO

Nombre del (los) solicitante (s)

15 ¿Esta actualmente bajo tratamiento médico y/o rehabilitación? SÍ NO

Nombre del (los) solicitante (s)

16 ¿Alguno de los solicitantes es candidato o receptor de un órgano, médula ósea o trasplante de células madres? SÍ NO

17 ¿Alguno de los solicitantes es candidato o destinatario de una articulación, tornillo, clavo, alambre, placa, prótesis y / o cualquier dispositivo artificial. SÍ NO

Condiciones del sistema reproductivo femenino

18 Trastornos del sistema reproductivo y del sistema ginecológico, útero / ovarios, infertilidad, endometriosis, trastornos mamarios, enfermedades de transmisión sexual. SÍ NO

Si está embarazada, indique la fecha probable del parto

19 Indique el número de embarazos. Parto normales Cesáreas Abortos

Motivo de la/s cesáreas o abortos

20 Complicaciones de embarazo o parto, prematuridad, embarazo gemelar o un niño con cualquier defecto de nacimiento, enfermedad congénita o condición hereditaria. SÍ NO

Por favor explicar:

Condiciones del sistema reproductivo masculino

21 Enfermedades de transmisión sexual, trastornos de la próstata o testiculares; cualquier trastorno del pene: enfermedad de Peyronie, balanitis, fimosis.	SÍ	NO
---	----	----

Información Médica COVID-19

22 ¿Ha tenido fiebre en las últimas 3 semanas?	SÍ	NO
23 ¿Ha sentido falta de aire o dificultad para respirar?	SÍ	NO
24 ¿Tiene tos o presenta algún síntoma como los de la influenza tal como dolor de cabeza, fatiga o problemas gastrointestinales?	SÍ	NO
25 ¿Ha experimentado pérdida del olfato o paladar?	SÍ	NO
26 ¿Ha estado en contacto con algún paciente del COVID-19?	SÍ	NO
27 ¿Tiene alguna enfermedad de los riñones, pulmones, corazón, diabetes o desorden autoinmune?	SÍ	NO
28 ¿Ha viajado a alguna región afectada por el COVID-19 en los últimos 14 días?	SÍ	NO
29 ¿Ha sido diagnosticado con COVID-19?	SÍ	NO
30 ¿Ha recibido la vacuna del COVID-19?	SÍ	NO
31 Indicar que vacuna ha recibido Si la respuesta es "otros" por favor indicar cual	Johnson & Johnson	Pfizer Moderna Otros
32 Indicar fecha de la primera dosis		
33 Indicar fecha de la segunda dosis		

Nota: Enviar copia del certificado de vacunación

Explicación de condiciones médicas

Número	Solicitante	Condición
Desde	Hasta	Tratamiento y resultados
Estado actual de salud		Información del médico

Número	Solicitante	Condición
Desde	Hasta	Tratamiento y resultados
Estado actual de salud		Información del médico

Explicación de condiciones médicas

Número	Solicitante	Condición
Desde	Hasta	Tratamiento y resultados
Estado actual de salud	Información del médico	

Número	Solicitante	Condición
Desde	Hasta	Tratamiento y resultados
Estado actual de salud	Información del médico	

Si necesita más espacio, por favor use una hoja adicional firmada y fechada e indíquelo a continuación:

Medicamentos

¿Se le ha recomendado a alguno de los solicitantes tomar algún medicamento o esta tomando algún medicamento actualmente:

SÍ NO

Solicitante	Nombre del medicamento	Cantidad
Razón	Frecuencia	Desde Hasta

Solicitante	Nombre del medicamento	Cantidad
Razón	Frecuencia	Desde Hasta

Solicitante	Nombre del medicamento	Cantidad
Razón	Frecuencia	Desde Hasta

Solicitante	Nombre del medicamento	Cantidad
Razón	Frecuencia	Desde Hasta

Información de la familia / médico primario

- 34 ¿Algún pariente directo de usted o de su cónyuge (padre, madre, hermana o hermano) antes de la edad de 45 años ha sido diagnosticado o falleció como causa de cáncer, enfermedad neurológica, enfermedad renal, dolencias relacionadas con el corazón o cualquier trastorno vascular? SÍ NO
- 35 ¿Algún pariente directo suyo o de su cónyuge (padre, madre, hermana o hermano) antes de los 60 años ha sido diagnosticado o ha muerto como causa de trastornos mentales o diabetes? SÍ NO
- 36 ¿Algún pariente ha sido diagnosticado o ha muerto como causa de esclerosis múltiple o cualquier otra enfermedad hereditaria o afección? SÍ NO
- 37 ¿Ha fumado en cualquier momento dentro de los últimos 3 años? SÍ NO
- Si es SÍ, con qué frecuencia:
- 38 ¿Consume bebidas alcohólicas regularmente? SÍ NO
- Si es SÍ, con qué frecuencia:
- 39 ¿Participa actualmente en actividades peligrosas (de alto riesgo) relacionadas con su trabajo o con cualquier actividad recreativa? SÍ NO

Si la respuesta es SÍ, describa la actividad

POR FAVOR, LEA ANTES DE FIRMAR A CONTINUACIÓN

ES IMPORTANTE QUE LEA Y ENTIENDA LO SIGUIENTE ANTES DE FIRMAR. AL PRESENTAR ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD, YO, EN NOMBRE DE MÍ MISMO, Y LOS DEPENDIENTES ENUMERADOS EN ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD, ACEPTO LO SIGUIENTE:

Loyal Major Medical se reserva el derecho de aceptar o rechazar su solicitud. La cobertura provista no entrará en vigencia hasta que la Compañía de Seguros haya recibido el pago completo de la prima, completado la suscripción, aprobado la solicitud y emitido la póliza. La cobertura entrará en vigencia el primer o el decimoquinto día del mes siguiente a la fecha en que la Compañía de Seguros apruebe la solicitud.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA

Con la presentación de una fotocopia o el original de esta Solicitud firmada, autorizo **Loyal Major Medical** a solicitar registros médicos de mí y/o mis dependientes (aquellos que soliciten cobertura bajo este formulario de solicitud) cualquier historial de medicamentos recetados incluyendo copias de registros relacionados con un abogado, cuidado o tratamiento proporcionado a mí y/o a mi(s) dependiente(s), sin limitación a información sobre enfermedad mental o uso de drogas o alcohol y cualquier otra información médica o farmacéutica para procesar mi formulario de solicitud.

Autorizo a cualquier médico, otros profesionales de la salud, hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias, gerentes de beneficios farmacéuticos o cualquier otra organización de atención médica ("Proveedores") que me brindaron tratamiento o cualquier otro servicio para mí o cualquiera de mis dependientes que soliciten cobertura bajo esta solicitud formulario para divulgar la información requerida por Loyal Insurance Services y descrita anteriormente a **Loyal Major Medical** y/o sus agentes designados. Además, autorizo a **Loyal Major Medical** a utilizar dicha información y divulgar dicha información a los afiliados, proveedores, pagadores, otras aseguradoras, la Agencia de Información Médica (Medical Information Bureau), administradores externos, proveedores, consultores y cualquier entidad cuando sea necesario para mi atención o tratamiento, pago por servicios, el funcionamiento de mi plan de salud o para llevar a cabo actividades relacionadas. He discutido los términos de esta autorización con mi cónyuge y dependientes adultos competentes, y he obtenido su consentimiento a estos términos. Esta autorización seguirá siendo válida durante el plazo de la cobertura y, en caso de ser tan larga, según lo permita la ley.

Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización a pedido, y que una fotocopia es tan válida como la original. Tengo la obligación de comunicar a **Loyal Major Medical** por escrito cualquier condición médica que me ocurra a mí o a cualquiera de mis dependientes enumerados en este formulario de solicitud después de la firma de este formulario de solicitud y antes de la fecha de vigencia de la cobertura, si se aprueba.

CONSENTIMIENTO

Entiendo que cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente un formulario de solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información falsa importante u oculte, con el propósito de inducir a error, la información relativa a cualquier material factual supone un acto fraudulento, que será motivo de cancelación / terminación de la cobertura. En caso de una terminación como se establece anteriormente, la Compañía de Seguros no tendrá obligación de pagar o reembolsar ningún reclamo presentado originalmente o que se deba presentar de conformidad con la póliza, sujeto a un reembolso por parte de la Compañía de Seguros de cualquier resto de la prima de la póliza debida calculada conforme a las disposiciones de terminación anticipada de la póliza menos cualquier cantidad de beneficios pagados bajo la póliza antes de esta terminación por fraude. Estaré obligado a reembolsar, en el primer requisito, a la Compañía de Seguros cualquier dinero que reciba de la Compañía de Seguros por beneficios si mi cobertura se cancela o anula debido a la falta de información completa y mi reembolso como se describe anteriormente no es suficiente para la compañía de seguros para cobrar los montos adeudados. Los abajo firmantes y sus dependientes cubiertos específicamente entienden y aceptan que cada uno ha elegido permitir que el agente registrado (Productor / Agente) tenga acceso a toda la información médica y de salud (pasada, presente y futura) que alguna vez se entregó al Seguro. Empresa o cualquiera de sus afiliados o afiliados.

FIRMA(S) REQUERIDAS

Todos los suscriptores mayores de 18 años deben firmar y fechar a continuación. Si el suscriptor es menor de edad, el formulario de solicitud debe estar firmado por un padre o tutor legal. Declaro que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera, completa, precisa, no engañosa de acuerdo con mi mejor conocimiento y comprensión, y la he registrado correctamente de buena fe. Entiendo que la información proporcionada en este formulario será decisiva para la aprobación de mi solicitud y que cualquier tergiversación y / o error en dicha información será motivo de modificación o cancelación de la cobertura que estoy solicitando. La Compañía de Seguros, a su exclusivo criterio, sin la obligación de ser razonable, puede rescindir y / o anular la póliza emitida a usted sin previo aviso.

Firma del solicitante principal

Firma del cónyuge

Fecha

Iniciales

Fecha

Iniciales

FIRMA AGENTE CONOCIMIENTO Y AUTORIZACION

AGENTE CONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

ACEPTO LA RESPONSABILIDAD TOTAL POR LA PRESENTACIÓN DE ESTA SOLICITUD, CUALQUIER PRIMA RECOLECTADA A LOYAL INSURANCE SERVICES Y POR LA ENTREGA DE LA PÓLIZA AL SOLICITANTE PRINCIPAL CUANDO SE EMITA. NO SÉ DE NINGUNA CONDICIÓN QUE NO SE HAYA DIVULGADO EN ESTA APLICACIÓN QUE AFECTARÁ A LA SEGURIDAD DE LOS ASEGURADOS PROPUESTOS.

Nombre y Apellidos completos del Agente

Firma Agente

Código del Agente

Fecha

Iniciales



RESUMEN DE PAGO		MODO DE PAGO		
PRIMA (US\$)		Anual	Semestral	Trimestral
COBERTURA ADICIONAL (US\$)		Nombre y Apellidos completos		
CUOTA ANUAL ADMINISTRATIVA (US\$)	\$75.00	Número de póliza		
TOTAL (US\$)				

MÉTODO DE PAGO (NO ENVIAR EFECTIVO) El pago debe ser emitido a nombre de Loyal Insurance Services

Transferencia Bancaria Cheque Tarjeta de Crédito





INFORMACIÓN PARA REALIZAR TRANSFERENCIA BANCARIA / CHEQUE

BENEFICIARIO	LOYAL INSURANCE SERVICES LLC	Nº CUENTA	252536316605
BANCO	OCEAN BANK	ROUTING	066011392
DIRECCIÓN	780 NORTHWEST 42ND AVE MIAMI, FL 33126 - 5536	CÓDIGO SWIFT	OCBKUS3M

INFORMACIÓN TARJETA DE CRÉDITO / CUENTA BANCARIA

Yo,

TARJETA DE CRÉDITO



Número Tarjeta

Fecha Expiración

Dirección Asociada a la Cuenta Bancaria

País

Estado

Ciudad

Codigo Postal

Teléfono

Cantidad US\$

Firma Titular

Iniciales

autorizo a Loyal Insurance Services a cargar a mi:

CUENTA BANCARIA CHEQUE

Nombre y Apellidos del Titular:

Nombre del Banco

IBAN / Número de Cuenta

Tipo de Cuenta

ABA

ACH/RT (Sólo Bank of America)

Dirección Asociada a la Cuenta Bancaria

Estado

Ciudad

Cantidad US\$

Firma Titular

CHEQUE

Nombre y Apellidos del Titular:

Nombre del Banco

IBAN / Número de Cuenta

Tipo de Cuenta

ABA

ACH/RT (Sólo Bank of America)

Dirección Asociada a la Cuenta Bancaria

Estado

Ciudad

Cantidad US\$

Firma Titular

AHORRO

Código SWIFT

País

Codigo Postal

Teléfono

Iniciales

DÉBITO AUTOMÁTICO PARA PAGOS RECURRENTE

SÍ ☐ NO ☐

* Autorizo por este medio a **Loyal Major Medical** para debitar mi tarjeta de crédito / débito o cuenta bancaria directamente como se indicó anteriormente y pagar la prima del seguro de la póliza de seguro de salud en la fecha de vencimiento.

Entiendo que el monto de la prima puede cambiar si se realizan cambios en mi póliza (cobertura adicional, cambio de tarifas, etc.). Entiendo que se enviará una copia de este acuerdo a mi tarjeta de crédito / débito o institución bancaria. Solicito y doy instrucciones con mi firma a continuación a la institución financiera para permitirle a **Loyal Major Medical** que cargue directamente en mi cuenta y pague la prima del seguro de salud de la póliza indicada anteriormente hasta que yo indique lo contrario por escrito.

En caso de que el débito de mi tarjeta de crédito o cuenta bancaria sea rechazada o denegada, reconozco que será mi responsabilidad personal pagar inmediatamente la prima de mi póliza de seguro de salud antes del período de gracia; de lo contrario mi cobertura de póliza podría ser rescindida, interrumpida o cancelada.

Firma solicitante principal

Fecha

Iniciales

IMPORTANTE Asegúrese de que se haya proporcionado toda la información requerida en esta solicitud de seguro de salud.

Información Personal

Todas las preguntas Médicas

Información de Pago

Fecha y firma

COBERTURA DE ACCIDENTE TEMPORAL

TÉRMINOS Y CONDICIONES

Esta Cobertura Accidental Temporal no proporciona ninguna cobertura excepto como se especifica a continuación y está sujeta al cumplimiento de todos los términos y condiciones en este documento. Todos los términos en mayúscula utilizados, pero no definidos en este documento, tendrán el mismo significado que se les atribuye en la Póliza a la que se refiere este documento.

Desde el momento en que **LOYAL MAJOR MEDICAL** reciba la solicitud completa y la prima total de la póliza, hasta la fecha de vigencia de la póliza o hasta un máximo de treinta (30) días, **LOYAL MAJOR MEDICAL** acuerda brindar cobertura a todos los solicitantes de cualquier gasto médico cubierto relacionado con una lesión corporal accidental en la que se haya incurrido hasta (US\$25,000) por póliza. Esta cobertura de accidente de emergencia está sujeta y se rige por los términos de la póliza, provisiones, exclusiones y el deducible seleccionado, que hubieran sido aplicables si la póliza hubiera estado vigente en la fecha en que el solicitante estuvo involucrado en el accidente.

Esta cobertura no se aplica si la solicitud se rechaza por algún motivo, o la póliza no es aceptada por el Asegurado Principal después de que se haya emitido. Las lesiones sufridas en un accidente durante este período de cobertura accidental temporal no afectarán el resultado de la suscripción y no pueden ser una razón para rechazar a un solicitante.

CONDICIONES PARA LA EFICACIA DE LA COBERTURA TEMPORAL DE ACCIDENTES

1. Una solicitud completa y una prima total deben ser recibidas por **LOYAL MAJOR MEDICAL**.
2. Todos los requisitos médicos y no médicos y cualquier otra información solicitada por **LOYAL MAJOR MEDICAL** deben ser recibidos por **LOYAL MAJOR MEDICAL**.
3. El solicitante debe ser asegurable de acuerdo con las Pautas de suscripción de **LOYAL MAJOR MEDICAL**.
4. El pago de la prima recibido por **LOYAL MAJOR MEDICAL** debe ser bueno y cobrable si se paga con cheque, transferencia bancaria, tarjeta de crédito / débito o giro postal.
5. El solicitante principal debe firmar y reconocer esta sección del formulario de solicitud. Este beneficio también está disponible en caso de que se agreguen dependientes mientras su aplicación está sujeta a evaluación médica.
6. La póliza es aceptada por el solicitante principal después de ser emitida.

LOYAL MAJOR MEDICAL puede no ser capaz de proporcionar beneficios al solicitante o coordinar los pagos directos con un proveedor mientras esté vigente esta Cobertura de Accidente Temporal. Cualquier reclamo indemnizable relacionado con esta cobertura se manejará a través del reembolso y se procesará una vez que la póliza entre en vigencia. Los beneficios pagados se deducirán de la póliza máxima anual o vitalicia.

Firma del solicitante principal

He leído y comprendido todas las condiciones establecidas en este documento con respecto a la cobertura accidental temporal.

Fecha

Iniciales



LOYAL MAJOR MEDICAL se reserva el derecho de contactar al solicitante si una pregunta no ha sido respondida en detalle o si se necesita información adicional. Cualquier solicitud incompleta se devolverá al solicitante para obtener más información, lo que retrasa el procesamiento de la aprobación de su solicitud.

LOYAL MAJOR MEDICAL

Tel: 786-477-3688

Email: info@loyalig.com