



# TRANSFERENCIA AUTOMÁTICA PARA SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL

ESTA SOLICITUD ES UN DOCUMENTO LEGAL QUE DEBE SER LEÍDO, COMPLETADO EN SU TOTALIDAD Y FIRMADO POR EL SOLICITANTE PRINCIPAL Y EL AGENTE. EL SOLICITANTE PRINCIPAL Y SU(S) DEPENDIENTE(S) DEBEN ADJUNTAR A ESTA SOLICITUD UNA COPIA DE SU PASAPORTE O DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN PERSONAL (CÉDULA O EQUIVALENTE).

LOS SOLICITANTES QUE TENGAN SESENTA Y CINCO (65) AÑOS DE EDAD CUMPLIDOS O MÁS, DEBERÁN PROPORCIONAR LA DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE DEBIDAMENTE COMPLETADA Y FIRMADA POR SU MÉDICO. SI LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ESTUVIERA INCOMPLETA O SIN FIRMAR, ESTO PROVOCARÁ DEMORAS EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN Y EMISIÓN DE LA PÓLIZA. ASIMISMO, EVER® SE RESERVARÁ EL DERECHO DE CONTACTAR AL SOLICITANTE Y/O A SU MÉDICO.

PÓLIZA NUEVA	REHABILITACIÓN DE LA PÓLIZA	ADICIÓN DE DEPENDIENTES	CAMBIO DE PLAN/OPCIÓN
--------------	-----------------------------	-------------------------	-----------------------

SECCIÓN I INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE PRINCIPAL											
APELLIDOS:					NOMBRES:						
NÚMERO DE PASAPORTE O IDENTIFICACIÓN:			DIRECCIÓN:								
CIUDAD:			PROVINCIA O ESTADO:			ZONA POSTAL:		PAÍS:			
OCUPACIÓN:			CORREO ELECTRÓNICO:			TELÉFONO (OFICINA O MÓVIL):		FAX:			
SEXO:		FECHA DE NACIMIENTO:		ESTADO CIVIL:		COMPAÑERO(A) DOMÉSTICO(A)		DIVORCIADO(A)		VIUDO(A)	
MASCULINO		FEMENINO		SOLTERO(A)		CASADO(A)		COMPAÑERO(A) DOMÉSTICO(A)		DIVORCIADO(A)	VIUDO(A)
ESTATURA:		PESO:		NACIONALIDAD:		¿ALGUNO DE LOS SOLICITANTES DEPENDIENTES VIVE ACTUALMENTE FUERA DEL PAÍS DE RESIDENCIA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL?		SÍ		NO	
METROS		PIES		KILOS		LIBRAS		SÍ		NO	
NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO (PARA RECIBIR PAGOS EN NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR):											

SECCIÓN II INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(En caso de tener más dependientes que incluir, solicite a su agente el Anexo de Información de Dependientes y adjúntelo a esta solicitud.)

CÓNYUGE, HIJOS NATURALES, HIJASTROS O NIÑOS LEGALMENTE ADOPTADOS POR EL SOLICITANTE PRINCIPAL O LOS NIÑOS DE QUIENES EL SOLICITANTE PRINCIPAL HA SIDO LEGALMENTE NOMBRADO GUARDIÁN; LOS HIJOS DEBEN SER SOLTEROS).

SI UN DEPENDIENTE ES MAYOR DE 18 AÑOS DE EDAD Y ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO (MÍNIMO DE DOCE (12) CRÉDITOS POR SEMESTRE) DEBERÁ ADJUNTAR UNA COPIA DEL CERTIFICADO O COMPROBANTE DEL CENTRO DE ESTUDIOS COMO EVIDENCIA.

## DEPENDIENTE 1

APELLIDO(S):		NOMBRE(S):		NÚMERO DE PASAPORTE O IDENTIFICACIÓN:		PAÍS DE RESIDENCIA:		RELACIÓN CON EL SOLICITANTE PRINCIPAL:	
FECHA DE NACIMIENTO:		SEXO:		ESTATURA:		PESO:		¿EL DEPENDIENTE ES MAYOR DE 18 AÑOS DE EDAD Y ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO?	
D D M M A A A A		MASCULINO FEMENINO		METROS PIES		KILOS LIBRAS		SÍ NO	

## DEPENDIENTE 2

APELLIDO(S):		NOMBRE(S):		NÚMERO DE PASAPORTE O IDENTIFICACIÓN:		PAÍS DE RESIDENCIA:		RELACIÓN CON EL SOLICITANTE PRINCIPAL:	
FECHA DE NACIMIENTO:		SEXO:		ESTATURA:		PESO:		¿EL DEPENDIENTE ES MAYOR DE 18 AÑOS DE EDAD Y ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO?	
D D M M A A A A		MASCULINO FEMENINO		METROS PIES		KILOS LIBRAS		SÍ NO	

## SECCIÓN II INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES (CONTINUACIÓN)

### DEPENDIENTE 3

APELLIDO(S):			NOMBRE(S):			NÚMERO DE PASAPORTE O IDENTIFICACIÓN:			PAÍS DE RESIDENCIA:			RELACIÓN CON EL SOLICITANTE PRINCIPAL:					
FECHA DE NACIMIENTO:			SEXO:			ESTATURA:			PESO:			¿EL DEPENDIENTE ES MAYOR DE 18 AÑOS DE EDAD Y ESTUDIANTE A TIEMPO COMPLETO?					
D	D		M	M		A	A	A	A		MASCULINO	FEMENINO				SI	NO

## SECCIÓN III COBERTURA

EVEREST		EVERYWHERE		EVERMORE		LEVERAGE	
OPCIÓN DE DEDUCIBLE:		COBERTURA ADICIONAL:					
US\$		COMPLICACIONES DE MATERNIDA Y DEL RECIÉN NACIDO				TRASPLANTE DE ÓRGANOS	

## SECCIÓN IV INFORMACIÓN DE COBERTURA PREVIA

¿TIENE USTED UN SEGURO DE SALUD O PLAN DE COBERTURA MÉDICA CON ALGUNA OTRA COMPAÑÍA?					SI	NO
NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:		NÚMERO DE TELÉFONO:		PLAN:	VALOR DEL DEDUCIBLE:	NÚMERO DE PÓLIZA:
¿TIENE INTENCIÓN DE MANTENER LA COBERTURA MÉDICA CON LA OTRA COMPAÑÍA?					SI	NO
¿HA TENIDO COBERTURA MÉDICA CON EVER® O CUALQUIERA DE SUS AFILIADAS? EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR INDICAR SU NÚMERO DE PÓLIZA:					SI	NO

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

¿ALGUNA SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD HA SIDO RECHAZADA O ACEPTADA SUJETA A RESTRICCIONES O A UNA PRIMA MAYOR QUE LAS TARIFAS ESTÁNDARES DE LA ASEGURADORA PARA ALGUNO DE LOS SOLICITANTES?					SI	NO
EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR EXPLICAR:						

## SECCIÓN V RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIONES

He leído, entiendo completamente la presente solicitud y firmo libre y voluntariamente como mi aceptación de todo el contenido de esta solicitud. Asimismo, declaro que la información personal y médica que he incluido en la presente solicitud es verdadera, completa y precisa, por lo que certifico que no he alterado, ocultado, modificado u omitido esta información. Estoy plenamente consciente y acepto que en caso de que se haya realizado cualquier omisión, ocultación, modificación o alteración de la información declarada en la presente solicitud, o información que no haya sido declarada posteriormente hasta antes de la fecha de efectividad de la póliza, será considerada como un acto de mala fe al aceptar mis obligaciones contractuales y puede ocasionar que las reclamaciones sean negadas y que la póliza sea modificada, rescindida o cancelada, para lo cual bastará una simple comunicación de EVER® Insurance se reserva el derecho de tomar medidas legales y administrativas en caso de cualquier indemnización.

Entiendo que la Compañía se reserva el derecho de rechazar esta solicitud basado en la información que presenté sobre la residencia o el estado de salud de cualquiera de los solicitantes, o por cualquier otra razón que la Compañía considere relevante. Esta solicitud es válida por

sesenta (60) días a partir del día en que se firmó. Si deseo retirar mi solicitud del proceso de suscripción, tendré que enviar una notificación por escrito a EVER® Insurance o sus representantes autorizados dentro de los quince (15) días posteriores a la suscripción de la solicitud.

Entiendo que estoy solicitando cobertura de seguro médico internacional que puede no proveer los beneficios obligatorios requeridos por las regulaciones de mi país de residencia o cualquier otra jurisdicción. Tendré quince (15) días para revisar la cobertura ofrecida por la Compañía y si no estoy satisfecho, podré devolver la póliza a la Compañía y recibir un reembolso de la prima neta pagada.

### AUTORIZACIÓN PARA RECAUDAR Y REVELAR INFORMACIÓN SOBRE MI SALUD

Por este medio autorizo a EVER® Insurance y a 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 seguro de salud para mí y mis dependientes.



## TRANSFERENCIA AUTOMÁTICA PARA SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL

### SECCIÓN V Reconocimiento y Autorizaciones *(continuación)*

Autorizo e instruyo a cualquier médico, hospital, laboratorio, farmacia o cualquier otro proveedor médico, compañía de seguros, si he tenido algún seguro previo o cuento con algún otro plan de seguro médico, agencia gubernamental, empleado, administrador de beneficios, organización a la cual represento y tengo autorización legal, o persona, incluyendo cualquier familiar que tenga registros médicos o conocimiento sobre mi persona o mi salud, a revelar dicha información a **EVER®** Insurance o sus representantes designados. Asimismo, autorizo a **EVER®** Insurance, sus subsidiarias, filiales y representantes designados a revelar a mi agente/agencia de seguros, afiliados y sucesores 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 pueda volver a ser divulgada de conformidad con esta autorización y que la información, una vez revelada, puede que ya esté protegida por las regulaciones federales de los Estados Unidos que rigen la privacidad y confidencialidad.

La existencia de cualquier información y documentación descrita

anteriormente deberá ser revelada junto con esta solicitud. Entiendo que **EVER®** 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 con la responsabilidad de cobertura y suministro de beneficios; 3) administrar la cobertura; y 4) llevar a cabo otras operaciones de cobertura conforme a la ley pertinente.

Una copia de esta autorización se considerará tan válida como la original. Entiendo que la capacidad de **EVER®** para evaluar la cobertura depende de recibir toda la información de salud necesaria.

#### PRIVACIDAD

Toda la información personal médica será tratada como información confidencial por **EVER®** Insurance, sus compañías afiliadas o representantes designados.

La Compañía cumple con la legislación de Protección de Datos y los reglamentos y regulaciones de confidencialidad de la información médica. La Compañía no compartirá ninguna información médica, a menos que exista una autorización para hacerlo, ya sea de parte del paciente, su(s) representante(s) legal(es) o la ley.

NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE PRINCIPAL:

FIRMA DEL SOLICITANTE PRINCIPAL:

FECHA:

X

NOMBRE Y APELLIDO DEL CÓNYUGE:

FIRMA DEL CÓNYUGE:

FECHA:

X

#### PARA SER COMPLETADO POR EL AGENTE

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.

NOMBRE Y APELLIDO/CÓDIGO DEL AGENTE:

FIRMA DEL AGENTE:

FECHA:

X

### SECCIÓN VI COBERTURA DE EMERGENCIA PARA ACCIDENTES

Este beneficio está disponible para todos los solicitantes desde el momento en que se recibe la solicitud\* hasta que la póliza sea aprobada

#### REQUISITOS

\*Solicitud completa y firmada (con toda la información necesaria para ser aprobada de acuerdo a las guías de evaluación de riesgo de la Compañía) y el pago total de la prima, de acuerdo al modo de pago.

#### BENEFICIOS

Hasta treinta mil dólares (US \$30,000).

#### TÉRMINO

Máximo de sesenta (60) días o hasta la fecha la fecha de efectividad de la póliza, lo que ocurra primero.

Este beneficio cubre los gastos por lesiones causadas por accidentes que ocurran durante el proceso de evaluación de riesgo y está sujeto a los términos y condiciones de la póliza y a la aplicación del deducible del plan/opción seleccionado.

La eliminación del deducible en caso de accidente serio no aplica para este beneficio temporal.



# TRANSFERENCIA AUTOMÁTICA PARA SEGURO DE SALUD INDIVIDUAL

## SECCIÓN X INFORMACIÓN DE PAGO

(El pago debe ser enviado con la solicitud)

NOMBRE Y APELLIDO DEL SOLICITANTE PRINCIPAL:			NÚMERO DE LA PÓLIZA:	
MODALIDAD DE PAGO:	PRIMA	COBERTURA OPCIONAL	TASA ADMINISTRATIVA ANUAL	TOTAL
ANUAL				
SEMESTRAL				
TRIMESTRAL				

### MÉTODO DE PAGO OPCIÓN 1:

Cheque	Transferencia bancaria
<b>NO ENVIAR EFECTIVO.</b> EL PAGO DEBE SER EMITIDO A NOMBRE DE EVER® INSURANCE	
<b>PARA PAGOS REALIZADOS POR TRANSFERENCIA BANCARIA, USE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:</b>	
BENEFICIARIO: XXXXXXXXXXXX	
BANCO: XXXXXXXXXXXX	
DIRECCIÓN: XXXXXXXXXXXX	
NÚMERO DE CUENTA: XXXX	ABA: XXXXXXXX CÓDIGOSWIFT: XXXXXXXXXXXX

### MÉTODO DE PAGO OPCIÓN 2:

Por favor proporcione la siguiente información:

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo a EVER® Insurance a realizar el cargo en:

TARJETA DE CRÉDITO				CUENTA BANCARIA (SÓLO BANCOS U.S.)	
				NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR DE LA CUENTA:	
NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO:				NÚMERO DE CUENTA:	
FECHA DE EXPIRACIÓN:	CVC:	CANTIDAD A CARGAR:	ABA:	CANTIDAD A CARGAR:	
		US\$		US\$	
TELÉFONO DEL TARJETAHABIENTE:				TELÉFONO DEL TITULAR DE LA CUENTA:	
DIRECCIÓN DEL TARJETAHABIENTE (DONDE RECIBE EL ESTADO DE CUENTA):				DIRECCIÓN DEL TITULAR DE LA CUENTA (DONDE RECIBE EL ESTADO DE CUENTA):	

### DÉBITO AUTOMÁTICO PARA PAGOS RECURRENTE:

SI NO

Con mi firma en este documento autorizo a EVER® Insurance a debitar automáticamente de la tarjeta de crédito y/o cuenta bancaria indicada anteriormente, el pago de las primas de mi póliza de seguro de salud EVER®.

Entiendo que si hay cualquier cambio en mis pólizas de seguro EVER® o en las primas anuales, el monto de la prima a pagar también puede cambiar.

Al firmar este documento, solicito e instruyo a la institución correspondiente que permita a EVER® Insurance debitar de mi cuenta directamente y pagar las primas 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 para evitar que las pólizas sean canceladas.

También entiendo que una copia fiel de este documento será enviada a mi institución bancaria o compañía de tarjeta de crédito para procesar estos pagos.

Al firmar a continuación, autorizo las deducciones automáticas para futuros pagos de renovación.

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE/TITULAR DE LA CUENTA BANCARIA:

X