

# Solicitud de Cobertura Médica

**Importante:** La información de esta solicitud comprende declaraciones bajo juramento respecto de la salud del solicitante y/o dependientes, por lo que debe verificar que toda la información requerida en esta solicitud haya sido veraz y debidamente completada con toda la información a la presente fecha conoce y corresponde declarar. Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada se reserva el derecho de contactar al solicitante, o a sus médicos, si alguna pregunta no se ha explicado en detalle o si se requiere información adicional. Una solicitud incorrecta o incompleta será devuelta al solicitante, lo que retrasará su proceso de inscripción. La falsedad comprobada de la información constituye mala fe contractual, con sus consecuencias administrativas, civiles y penales.

Nueva solicitud  Añadir Dependientes  Coberturas Adicionales  Rehabilitación  Otro

Si cambió el plan, por favor indique nombre del plan anterior

## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

APELLIDO(S)

NOMBRE(S)

Masculino  Femenino

SEXO

Soltero(a)  Casado(a)  Compañero(a) Doméstico  Divorciado/Viudo

ESTADO CIVIL

DIRECCIÓN

CIUDAD

PAÍS

TELÉFONO (OFICINA O MÓVIL)

CORREO ELECTRÓNICO DEL SOLICITANTE (PARA FIRMA ELECTRÓNICA Y ENVÍO DE CORRESPONDENCIA)

PAÍS Y FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)

ESTATURA

M  PIES

PESO

KG  LB

TIPO DE DOCUMENTO

NÚMERO DE DOCUMENTO

PAÍS DE EMISIÓN

OCUPACIÓN

## ELIJA SU PLAN

## SELECCIONE DEDUCIBLE

Incluye Maternidad \*

<input type="checkbox"/> Medical Elite	* <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000	* <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,000	* <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$3,000	<input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000	
<input type="checkbox"/> Premier Plus	* <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,250	* <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$2,500	* <input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000	
<input type="checkbox"/> Global Care	* <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000	* <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$2,000	<input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000	
<input type="checkbox"/> Medical Care (GLOBAL)	* <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000	* <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$1,000	* <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$2,000	<input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,000
<input type="checkbox"/> Medical Care (LATAM)	* <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1,000	* <input type="checkbox"/> \$1,000 <input type="checkbox"/> \$1,000	* <input type="checkbox"/> \$2,000 <input type="checkbox"/> \$2,000	<input type="checkbox"/> \$5,000 <input type="checkbox"/> \$5,000	<input type="checkbox"/> \$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,000	<input type="checkbox"/> \$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,000	<input type="checkbox"/> \$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,000

## COBERTURAS ADICIONALES DISPONIBLES (ENDOSOS)

Trasplante de Órganos

## INFORMACIÓN DE DEPENDIENTES

1. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

NÚMERO DE CÉDULA

M  PIES  KG  LB  M  F

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

FECHA DE NACIMIENTO  
(MM/DD/AAAA)

ESTATURA

PESO

SEXO

2. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)

NÚMERO DE CÉDULA

M  PIES  KG  LB  M  F

RELACIÓN CON EL SOLICITANTE

FECHA DE NACIMIENTO  
(MM/DD/AAAA)

ESTATURA

PESO

SEXO

3. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)			NÚMERO DE CÉDULA		
			<input type="text"/> M <input type="text"/> PIES <input type="text"/> KG <input type="text"/> LB <input type="text"/> M <input type="text"/> F		
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	ESTATURA	PESO	SEXO	

4. NOMBRE(S) Y APELLIDOS(S)			NÚMERO DE CÉDULA		
			<input type="text"/> M <input type="text"/> PIES <input type="text"/> KG <input type="text"/> LB <input type="text"/> M <input type="text"/> F		
RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	ESTATURA	PESO	SEXO	

## INFORMACIÓN DE COBERTURA MÉDICA ANTERIOR

a) ¿Usted o alguno de sus dependientes cuentan con otra cobertura médica internacional?  S  N  
**Si respondió 'Sí'**, por favor adjunte una copia del certificado de cobertura del plan y el comprobante del último pago.

b) ¿Piensa continuar con esa cobertura?  S  N

c) ¿Ha sido alguna solicitud de cobertura médica o de vida rechazada, aceptada sujeta a restricciones, o a una cuota mayor que las tarifas estándar de la Compañía para cualquiera de los solicitantes?  S  N  
**Si respondió 'Sí'**, por favor adjunte detalles.

d) ¿Ha tenido cobertura médica con Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada o cualquiera de sus afiliados?  S  N

**Si respondió 'Sí'**, indique la fecha (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_

**Si es un cambio de plan/deducible**, por favor indique su número de contrato \_\_\_\_\_

Las respuestas bajo juramento a las preguntas que a continuación se realizarán son la base de la buena fe contractual, y por tanto deben ser contestadas con la verdad a base de la información que a la presente fecha se conoce. La falsedad de la información, no sólo constituye mala fe contractual, sino que puede llegar a constituir un delito.

## HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

¿ Los Abuelos, Tíos, padres o hermanos de Usted o sus dependientes han sido diagnosticados con Cáncer, diabetes, hipertensión, desórdenes o enfermedad congénita o hereditaria? **Si respondió 'Sí'**, por favor explicar.  S  N

Nota.- Condición Hereditaria: Son aquellas enfermedades genéticas cuya característica principal es su transmisión de generación en generación.

SOLICITANTE	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	DESORDEN Y/O CONDICIÓN MÉDICA
SOLICITANTE	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	DESORDEN Y/O CONDICIÓN MÉDICA
SOLICITANTE	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	DESORDEN Y/O CONDICIÓN MÉDICA

## HÁBITOS

¿Usted o alguno de sus dependientes alguna vez ha fumado cigarrillos, consumido productos de nicotina, alcohol o drogas ilegales? **Si respondió 'Sí'**, por favor explicar.  S  N

SOLICITANTE	TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO	<input type="checkbox"/> Previo <input type="checkbox"/> Actual CONSUMO	PERIODO (DESDE - HASTA)
-------------	----------------------------	--	-------------------------

SOLICITANTE	TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO	<input type="checkbox"/> Previo <input type="checkbox"/> Actual CONSUMO	PERIODO (DESDE - HASTA)
-------------	----------------------------	--	-------------------------

SOLICITANTE	TIPO Y CANTIDAD DE CONSUMO	<input type="checkbox"/> Previo <input type="checkbox"/> Actual CONSUMO	PERIODO (DESDE - HASTA)
-------------	----------------------------	--	-------------------------

## MÉDICOS PERSONALES Y EXÁMENES DE RUTINA

¿Usted o alguno de sus dependientes tiene un médico primario o ha consultado a un especialista? **Si respondió 'Sí'**, por favor proporcionar la siguiente información.  S  N

SOLICITANTE	NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD	TELÉFONO
SOLICITANTE	NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD	TELÉFONO
SOLICITANTE	NOMBRE DEL MÉDICO Y ESPECIALIDAD	TELÉFONO

¿Alguno de los solicitantes ha tenido un examen pediátrico, ginecológico o rutinario en los últimos 2 años? **Si respondió 'S'**, por favor proporcionar la siguiente información.  S  N

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE DESCRIPCIÓN (INCLUYA FECHAS Y RESULTADOS)

## CUESTIONARIO MÉDICO

**Sección A:** Según su mejor entendimiento y conocimiento, ¿hay alguna persona nombrada en esta solicitud que en cualquier momento de su vida haya padecido o padece de alguna de las siguientes enfermedades y/o condiciones?:

- a. **Tumores:** Tumores malignos o benignos, Cáncer. **Si respondió "S"**, por favor indique el tipo  S  N
- b. **Cirugías:** ¿Alguna condición médica que haya requerido procedimiento quirúrgico? **Si respondió "S"**, por favor indique diagnóstico \_\_\_\_\_  S  N
- c. **Desórdenes Infecciosos:** Síntomas, signos o enfermedades tales como: Sinusitis, Hepatitis, Bronquitis, Neumonía, Tuberculosis, SIDA, Enfermedades de transmisión sexual  S  N
- d. **Desórdenes del Sistema Neurológico:** Síntomas, signos o enfermedades tales como: Convulsiones, Cefalea, Parálisis cerebral, Demencias, Retraso mental o del desarrollo, Autismo, Neuritis o Accidente vascular encefálico  S  N
- e. **Desórdenes Mentales:** Síntomas, signos o enfermedades tales como: Psicosis, Esquizofrenia, Neurosis, Ansiedad, Adicción a drogas, alcohol o sustancias controladas, Desórdenes alimenticios, Depresión  S  N
- f. **Desórdenes del Sistema Auditivo, Olfatorio, Visión, Garganta:** Síntomas, signos o enfermedades tales como: Cataratas, Queratosis, Glaucoma, Otosclerosis, Tinnitus  S  N
- g. **Desórdenes del Sistema Endocrino:** Síntomas, signos o enfermedades tales como: Diabetes, Síndrome metabólico, Alteraciones de Tiroides, Hipófisis, Páncreas, Suprarrenales  S  N
- h. **Desórdenes del Sistema Cardiovascular:** Síntomas, signos o enfermedades tales como: Hipertensión arterial, Obstrucción de Arterias, Enfermedades de válvulas cardíacas, Trombosis, Embolismo, Insuficiencia cardíaca, Arritmias, Dislipidemias  S  N
- i. **Desórdenes del Sistema Respiratorio:** Síntomas, signos o enfermedades tales como: Asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Enfisema.  S  N
- j. **Desórdenes Hematológicos:** Síntomas, signos o enfermedades tales como: Alteración de glóbulos rojos, leucocitos, Enfermedades autoinmunes, Desórdenes de la coagulación, Inmunodeficiencias, Alergias  S  N
- k. **Desórdenes de la Piel:** Síntomas, signos o enfermedades tales como: Dermatitis, Psoriasis  S  N
- l. **Desórdenes del Sistema Músculo Esquelético:** Síntomas, signos o enfermedades tales como: Artritis / Artritis, Gota, Desórdenes de Columna Vertebral, Huesos, Articulaciones, Músculos, Fracturas, Accidentes, Reemplazo articular o material de fijación  S  N
- m. **Desórdenes del Sistema Digestivo:** Síntomas, signos o enfermedades tales como: Úlceras, Inflamación, Enfermedad de Crohn, Colitis, Alteraciones del Hígado o Vesícula biliar, Sangramiento digestivo, Hernias  S  N
- n. **Desórdenes del Sistema Urinario:** Síntomas, signos o enfermedades tales como: Insuficiencia renal, Cálculos, Quistes, Enfermedades de Vejiga, Uréteres o Uretra  S  N
- o. **Género Femenino:** Síntomas, signos o enfermedades relacionados con: Mamas, Útero, Ovarios, Trompas o Vagina  S  N
- p. **Embarazos:** ¿Está embarazada? en caso afirmativo especifique edad gestacional \_\_\_\_\_ Embarazos por algún método de fertilización \_\_\_\_\_  
Número de: Embarazos \_\_\_\_\_ Partos normales \_\_\_\_\_ Cesárea \_\_\_\_\_ Motivo de cesárea \_\_\_\_\_ Abortos \_\_\_\_\_ Motivo de abortos \_\_\_\_\_  
Complicación del embarazo o del parto, embarazo múltiple, o un hijo(a) con algún defecto de nacimiento, Enfermedad congénita o Hereditaria \_\_\_\_\_  S  N
- q. **Género Masculino:** Síntomas, signos o enfermedades relacionados con: Próstata u Órganos reproductores  S  N

- r. **Trasplantes:** Receptor, candidato, donante de órganos, tejidos o células madres.  S  N
- s. **Congénitas/Hereditarias:** Enfermedades congénitas, malformaciones o condiciones hereditarias  S  N
- t. **Otras Condiciones:** Síntomas, signos o enfermedades tales como: síndromes, tratamientos o consultas por condiciones no mencionados anteriormente.  S  N
- u. **Medicamentos:** Algún medicamento que esté tomando o haya tomado de forma regular  S  N

**Sección B:** ¿Además de las enfermedades mencionadas en la Sección A, a su mejor entendimiento y conocimiento, alguna persona nombrada en esta solicitud durante los últimos cinco (5) años

- a) ¿Ha consultado a un médico u otro proveedor para tratamiento médico o quirúrgico, o para consejo de alguna otra enfermedad que no esté mencionada en la Sección A?  S  N
- b) ¿Ha tenido alguna alteración en su salud o síntoma que no haya sido mencionado en la Sección A o en la pregunta (a) de esta Sección por lo cual haya o no consultado a un médico?  S  N

NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO

NOMBRE DE LA MEDICINA Y LA DOSIS DIARIA

COSTO MENSUAL

FECHA DE SU ÚLTIMO CHEQUEO MÉDICO (MM/DD/AAAA)

NOMBRE DEL MÉDICO PRIMARIO

TELÉFONO DEL MÉDICO PRIMARIO

DIRECCIÓN DEL MÉDICO PRIMARIO

- c) ¿Ha disminuido o aumentado de peso en los últimos 12 meses? **En caso afirmativo**, indique:  S  N

NOMBRE

KG  LB

¿CUÁNTO?

¿QUÉ OCASIONÓ EL CAMBIO DE PESO?

**Sección C:** Si usted ha indicado **Sí** en alguna parte de la Sección A o B, por favor provea información completa en esta sección y adjunte el reporte médico (**puede utilizar una página adicional si requiere más espacio**).

1. NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

2. NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

3. NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

4. NOMBRE DEL PACIENTE

DIAGNÓSTICO / TRATAMIENTO

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/U HOSPITAL

FECHA (DESDE/HASTA)

# COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA PARA ACCIDENTES

Desde el momento en que la Compañía recibe la solicitud firmada (con todos los requisitos médicos y administrativos completados) y la cuota total del contrato, hasta la Fecha de Efectividad de la Cobertura, o hasta un máximo de sesenta (60) días a partir de la fecha en que la Compañía recibe la solicitud, lo que suceda primero, la Compañía acuerda cubrir los gastos médicos derivados de lesiones corporales sufridas en un "ACCIDENTE CUBIERTO" (como se define en el contrato) ocurrido mientras esta cobertura temporal este en vigor, a todos los solicitantes hasta un beneficio máximo de treinta mil dólares \$30.000 por contrato para solicitantes del plan Medical Elite o hasta veinticinco mil dólares (\$25.000) para el resto de los planes ofrecidos por la Compañía.

Si el proceso de solicitud no ha sido completada o el pago de la cuota total no ha sido realizado, no existirá Cobertura Temporal de Emergencia tal y como se describe en el párrafo anterior.

La cobertura general del contrato comenzará cuando sea aprobada la solicitud el día 1 o el 15 siguiente a la fecha en que se hayan completado todos los requisitos y se haya recibido el pago total de la cuota correspondiente.

\*Esta Cobertura Temporal de Emergencia para Accidentes, está sujeta y es gobernada por los mismos términos, definiciones, deducibles, provisiones y/o exclusiones del contrato y las limitaciones que hubiesen sido aplicadas si el contrato bajo el cual se solicitó cobertura hubiese estado en vigor en la fecha del Accidente Cubierto del propuesto Solicitante. Todos los términos usados, pero no definidos aquí tienen el mismo significado que se le atribuye en el contrato a que este beneficio refiere.

Las lesiones sufridas en un accidente ocurrido mientras se está evaluando la solicitud no serán motivo para rechazar una solicitud, sin embargo, los solicitantes deben ser asegurables, según las pautas de suscripción de Best Doctors.

Este beneficio no será válido si la solicitud es declinada por cualquier otra razón o no es aceptada por el Solicitante, como fue aprobada.

El pago de este beneficio se maneja como reembolso y será procesado una vez el contrato sea efectivo.

## RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

### AL FIRMAR, ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO EN LO SIGUIENTE:

- a) Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada (La Compañía) se reserva el derecho de aceptar o denegar su solicitud. La cobertura del contrato no entrará en vigor hasta que la Compañía haya recibido el pago total de la cuota, se haya completado la evaluación de riesgo, se haya aprobado la solicitud, y se haya emitido el contrato. La cobertura del contrato entrará en vigor el día primero o el día quince, dependiendo de la fecha que la Compañía aprobó la solicitud.
- b) La información y las respuestas facilitadas son verdaderas bajo juramento, completas, correctas y no son falsas hasta donde tengo conocimiento (Información Completa), están correctamente desglosadas y revisadas por mí de buena fe. Entiendo que la información ofrecida en esta solicitud será decisiva para la aprobación de la cobertura requerida y que cualquier omisión, tergiversación y/o error en dicha información será razón para la rescisión, cancelación o modificación de la cobertura que estoy solicitando. Acuerdo que en el caso de que aparezcan nuevos síntomas, signos o tratamiento de alguna afección médica en algunos de los solicitantes entre la fecha de la firma de la solicitud y la fecha efectiva del contrato, debo notificar a la Compañía de inmediato.
- Si el Solicitante intenta o realiza un fraude por medio de omisión, tergiversación o engaño, para obtener beneficios para sí mismo, sus dependientes o alguna persona que no tenga derecho a tales beneficios o pagos, esto tendría como resultado que El Contratante Titular y los Dependientes pierdan automáticamente todos los derechos de cobertura ofrecidos en el contrato. Además, en estos casos, El Contratante Titular será responsable—sin perjuicio de otras acciones legales—de reembolsar de forma inmediata, al primer requerimiento de La Compañía, todos los pagos realizados por ésta al Contratante Titular o directamente al Proveedor de servicios médicos en virtud del contrato. La cuota no devengada que pudiera ser reembolsable, será abonada a cualquier cantidad que se hubiera pagado por error.
- En caso de que tuviera lugar la rescisión, cancelación o terminación de la cobertura, La Compañía no tendrá obligación alguna de pagar o reembolsar ninguna cantidad por siniestros compensables que hubieran sido o fueran a ser reclamados en virtud del contrato.
- c) Usted deberá devolver a la Compañía cualquier cantidad que haya recibido de la misma en virtud del contrato, si ésta se cancela o queda anulada como resultado de no haber facilitado Información Completa y las cantidades que se deban reembolsar tal y como se establecen en (b) más arriba no fueran suficientes para que la Compañía cobre las cantidades a que tuviera derecho.
- d) Autorizo a cualquier médico con licencia, médico practicante, hospital, clínica, u otro establecimiento médico o médicamente relacionado, Compañía, agencia gubernamental, u otra organización, institución o persona que tenga un registro o conocimiento de mí o mi salud y la de mis dependientes nombrados en esta solicitud, para dar a la compañía, sus reaseguradores y afiliados de dicha información, incluyendo copias de los registros relativos a consejo, cuidado o tratamiento proporcionado a mí o mis dependientes, sin limitación alguna a información relativa a enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. Además, autorizo a Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada, sus filiales y sus reaseguradores para usar o divulgar dicha información a sus empresas afiliadas, proveedores, pagadores, otros aseguradores, administradores de riesgos, consultores y cualquier entidad cuando sea necesario para nuestra atención o tratamiento, pago de servicios, el funcionamiento de nuestro plan de salud, o para llevar a cabo actividades relacionadas. Una copia fotográfica de esta autorización será tan válida como la original.
- e) Mis dependientes y yo, personas a ser cubiertas por este contrato, entiendo y están de acuerdo en que han elegido permitir al agente de registro (Agente) para que tenga acceso a la totalidad de la información médica y relativa a su salud (pasada, presente y futura) que se facilita a la Compañía o a cualquiera de sus afiliados o subcontratistas.
- f) Para dar cumplimiento a las regulaciones de la Oficina de Control de Activos extranjeros de los Estados Unidos (OFAC), todos los solicitantes deberán ser chequeados contra la lista de "Nacionales Especialmente Designados" o "SDN" y su cobertura pudiera ser revocada, en caso de un resultado positivo.

Todo lo declarado en esta solicitud, lo hago bajo juramento, luego de haber leído y comprendido cada pregunta, solicitud y autorización, para constancia de lo cual procedo a firmar de manera libre y voluntaria.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA (MM/DD/AAAA)

**IMPORTANTE:** COMO AGENTE, ACEPTO COMPLETA RESPONSABILIDAD POR EL ENVÍO DE ESTA SOLICITUD, ASÍ COMO TODA LA CUOTA COLECTADA. DESCONOZCO DE ALGUNA CONDICIÓN QUE NO HAYA SIDO DECLARADA EN ESTA SOLICITUD, LA CUAL AFECTARÍA LA ASEGURABILIDAD DE LOS SOLICITANTES.

NOMBRE Y CÓDIGO DEL AGENTE

FIRMA DEL AGENTE

FECHA (MM/DD/AAAA)

## AUTORIZACIÓN PARA FIRMA DE CONTRATO ELECTRÓNICO

Por medio de la presente Yo \_\_\_\_\_ con cédula número \_\_\_\_\_ autorizo a el/la Sr.(a) \_\_\_\_\_ con cédula número \_\_\_\_\_

a realizar la firma electrónica de mi contrato y cualquier anexo que sea emitido por Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada a través de la siguiente dirección electrónica \_\_\_\_\_

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA (MM/DD/AAAA)

## INFORMACIÓN DE PAGO

**MODO DE PAGO:**  Anual  Semi-Anual  Trimestral

**RESUMEN DE PAGO:**

CUOTA (USD)

IMPUESTOS (USD)

ENDOSOS DE COBERTURA ADICIONAL (USD)

TOTAL (USD)

# INFORMACIÓN PARA EL PAGO

APELLIDO(S) DEL TARJETAHABIENTE

NOMBRE(S) DEL TARJETAHABIENTE

NÚMERO DE TARJETA

CORPORATIVA  PERSONAL

FECHA DE CADUCIDAD (MM / AA)

TIPO DE TARJETA

ANUAL  SEMESTRAL

CÓDIGO DE SEGURIDAD

FRECUENCIA DE PAGO DE CONTRATO

FORMA DE PAGO

DIFERIDO  CORRIENTE  
 CON INTERESES  SIN INTERESES  
 3 MESES  9 MESES  
 6 MESES  12 MESES

INFORMACIÓN DE LA TARJETA

AMERICAN EXPRESS  VISA  OTROS  
 MASTERCARD  DINERS CLUB

INDIQUE EL BANCO AL QUE CORRESPONDA

TOTAL A PAGAR PRIMER PAGO US\$ \_\_\_\_\_

TOTAL A PAGAR SEGUNDO PAGO US\$ \_\_\_\_\_

CIUDAD

FECHA (MM/DD/AAAA)

FIRMA DEL TARJETAHABIENTE

Yo, \_\_\_\_\_ titular de la tarjeta de crédito indicada en este formulario, autorizo a ustedes para que procedan a cargar a mi tarjeta todos los valores por concepto de medicina prepagada de la Empresa Best Doctors S.A. de los contratos detallados arriba en los plazos de pago establecidos y la forma de pago solicitada.

Debo y pagaré, incondicionalmente sin protesto al Emisor de la tarjeta de crédito el total de los valores expresados en esta Autorización de Orden de Debito, en el lugar y fecha que se convenga. En caso de mora pagaré la tasa máxima autorizada para el emisor de la tarjeta de crédito y las tarifas que esta institución establezca par gestiones de la cartera vencida.

"Me comprometo expresamente a enviar una comunicación escrita con 60 días de anticipación, a las oficinas de Best Doctors S.A. en caso de revocación de la presente autorización, de lo contrario se entenderá vigente la orden de cargo expresada por los servicios antes determinados. Acepto que el emisor de la tarjeta de crédito podrá dejar sin efecto esta autorización únicamente en caso de que la empresa proveedora del servicio contratado acepte por escrito dicha revocatoria."

De igual manera autorizo que en caso de pérdida, hurto, robo o cualquier circunstancia por el que fuera cambiado el número de la tarjeta de crédito antes singularizada, se cuenta con el nuevo número que se me asigne para efectuar todos los pagos de manera incondicional dentro del periodo correspondiente, de tal manera que el cambio del número indicado no sea causa para no cancelar los valores que adeude.

# INFORMACIÓN PARA EMISION DE FACTURA

La factura debera ser emitida a nombre de:

APELLIDO(S)

NOMBRE(S)

RAZÓN SOCIAL

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN (C.C./RUC)

DIRECCIÓN

CORREO ELECTRÓNICO AUTORIZADO PARA RECEPCIÓN DE FACTURA ELECTRÓNICA

TELÉFONOS

NOTA: POR FAVOR ADJUNTAR COPIA DE LA CÉDULA O R.U.C

• Los datos deben de ser ingresados de acuerdo al R.U.C.

• Es responsabilidad del cliente notificar cualquier cambio en el correo electrónico para el envío de las facturas.

# INFORMACIÓN DE REEMBOLSO

YO AUTORIZO PARA QUE LOS PAGOS REALIZADOS POR BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA SE REALICEN MEDIANTE TRANSFERENCIA A LA ENTIDAD AFILIADA AL SISTEMA AUTOMÁTICO DE PAGOS QUE RELACIONO A CONTINUACION. DECLARO QUE LA INFORMACIÓN BANCARIA ABAJO INDICADA ES CORRECTA.

NOMBRE EN LA CUENTA BANCARIA

C.I. / RUC EN LA CUENTA BANCARIA

NOMBRE DEL BANCO

NÚMERO DE CUENTA

TIPO DE CUENTA  CORRIENTE  AHORROS

**Personas Naturales:** Agregar fotocopia legible de Cédula  
**Importante:** Para poder realizar su proceso de reembolso, la cuenta bancaria proporcionada debera ser una cuenta bancaria de Ecuador.



Best Doctors®

BEST DOCTORS S.A. EMPRESA DE MEDICINA PREPAGADA

El contrato emitido por Best Doctors S.A. Empresa de Medicina Prepagada, Compañía registrada en Ecuador.

[www.bestdoctorsinsurance.com](http://www.bestdoctorsinsurance.com)

Llamada de Cobro Revertido 1 305 269 2521  
Llamada Gratuita dentro de los EE .UU. 1 866 902 7775  
Llamada dentro de Ecuador 04 4008000