

RESIDE® Worldwide Aplicación 2005

2005 Plan Médico Reside Worldwide

Como fue descrito en el folleto y documentación, Plan Médico Reside Worldwide es un programa de seguro médico fácil de entender, diseñado exclusivamente para ciudadanos internacionales. Para dar a usted y su familia la cobertura que usted decida, por favor siga las siguientes instrucciones y conteste todas las preguntas en detalle.

El Plan Médico Reside Worldwide limita su cobertura en los Estados Unidos a 6 meses durante cualquiera de los 12 meses del período de duración de la póliza. Este plan no está diseñado para cubrir residentes permanentes de los Estados Unidos.

Instrucciones para completar la aplicación:

- Por favor escriba con letra de imprenta ó a maquina toda la información. Información ilegible retrasará la evaluación y procesamiento de su solicitud de cobertura.
- Cada miembro de la familia que solicite cobertura debe ser nombrado en la solicitud. Todas las preguntas en la solicitud aplican para cada persona que solicite cobertura. Responda todas y cada una de las preguntas como es pertinente para cada uno de los solicitantes. Todos los miembros de una misma familia deben seleccionar el mismo deducible.
- Cada sección de la aplicación debe ser totalmente completada. Cualquier pregunta afirmativa (Si) que sea marcada debe ser descrita en detalle en la sección 3. La información en la sección 3 debe incluir el nombre del solicitante, nombre del médico, dirección y teléfono del médico, dirección del centro de tratamiento, diagnóstico, pronóstico y curso del tratamiento. Si es necesario use una hoja adicional para explicar las condiciones y adjúntela a la aplicación cuando la envíe a SRI.
- Las primas que se listan en la hoja de precios que se adjunta a la aplicación son anuales y pueden pagarse con Cheque, Money Order, tarjetas de crédito Visa o MasterCard. **Debido a la cuestionable seguridad del correo internacional, solo se recibirán pagos mensuales, trimestrales y semestrales hechos con tarjetas de crédito.** Modalidades de pagos mensuales, trimestrales y semestrales serán aceptadas solo si se obtiene pre-autorización de cargar el monto de la prima a la tarjeta de crédito en la fecha de vencimiento del plazo de pago.
- Una vez que SRI evalúe su aplicación y determine que la cobertura será otorgada, le enviaremos una tarjeta de Identificación y un Certificado de Seguro por correo. El Certificado de Seguro contiene los términos del programa y definiciones. Este paquete también incluirá detalles de como someter reclamos así como también información acerca de la utilización del programa Utilization Management (UM) de SRI. La versión en inglés del Certificado de Seguros será un documento oficial en el cual las provisiones y beneficios de la póliza original aplicarán

Sección 1. Información del solicitante:

Nombre del solicitante : (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido de soltero)	Sexo	Parentesco	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	Nacionalidad	Altura Pies/pulgadas	Peso	Prima
		Asegurado					
		Cónyuge					
		Hijo					
		Hijo					
		Hijo					
Total Prima:							

Dirección: Debe ser fuera de los Estados Unidos (calle, ciudad, estado, país, zona postal)	
---	--

Dirección de correspondencia: (calle, ciudad, estado, país, zona postal)	
--	--

Teléfono de habitación:	Teléfono de oficina:	Dirección de correo electrónico:	Fax Numero:

Ocupación: (Si esta retirado previo empleador)	Nombre del empleador:	
Responsabilidades:	Ocupación del Cónyuge:	
Nombre del Médico, Dirección, y Teléfono (Requerido):		
	Sí	No
1. Entiende usted que esta es una póliza Internacional de salud y no un seguros Americano?		
2. Entiende que no puede permanecer en Estados Unidos mas de 6 meses de los 12 meses de cobertura de la póliza?		
3. Se encuentra usted o alguno de los solicitantes, en los Estados Unidos a la presente fecha? De ser afirmativo indique cuando planea partir. Cuando planea partir de los Estados Unidos: ____ / ____ / ____ (Mes/Día/Año)		
4. Los dependientes mencionados con edades comprendidas entre 19 y 24 son estudiantes? Si son estudiantes indique donde y nombre de la institución:		

Sección 2. Preguntas sobre historial medico del solicitante

Para que su solicitud sea procesada satisfactoriamente, cada pregunta deberá ser contestada con la mayor honestidad. Cualquier respuesta afirmativa (Sí) que sea marcada, deberá ser explicada en detalle en la Sección 3 Detalles del Historial Médico. Adicionalmente, las respuestas afirmativas requerirán de un Informe del Médico Tratante fechado originalmente durante los **90 días** previos, conteniendo información detallada y registros médicos. Todas las preguntas deberán ser contestadas para todos los aplicantes, haciendo llegar la información médica necesaria a SRI, a fin de que su aplicación pueda ser evaluada.

¿En los últimos 10 años, alguno de los solicitantes ha buscado o le ha sido indicado: consultar, ser examinado, o ser tratado por algún médico; ser sometido a intervenciones quirúrgicas; ser diagnosticado, evaluado o referido a especialistas; o ha recibido tratamiento por las siguientes condiciones médicas? : (Por favor marque todas las que aplican y declare detalladamente en la Sección 3)	Sí	No
1. Enfermedades del Sistema Digestivo (incluyendo pero no limitado a: gastritis, úlceras, reflujo gastroesofágico, hemorroides, colon o recto)?		
2. Enfermedades Cardiovasculares o Circulatorias (incluyendo pero no limitado a: alta presión sanguínea, hipertensión arterial, altos niveles de colesterol, infarto, angina de pecho, dolores pectorales, arteroesclerosis, insuficiencias coronarias, trombosis, flebitis, afecciones vasculares, fiebre reumática, soplos)? Si responde afirmativamente, adjunte reporte actualizado del Médico tratante, indicando lecturas actuales de presión sanguínea, condición cardíaca, vascular y general?)? De ser afirmativo incluya el reporte medico con las últimas lecturas de presión sanguínea, con fecha no mayor de 90 días y que describa la condición cardiovascular y circulatoria		
3. Enfermedades Respiratorias (incluyendo pero no limitado a: tos crónica, asma bronquial, bronquitis, tuberculosis, problemas pulmonares, enfisema, insuficiencia respiratoria, pleuresía, neumonía)?		
4. Enfermedades de los Ojos, Nariz, Oídos y Garganta (incluyendo pero no limitado a: desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, cataratas, glaucoma, alergias, rinitis)?		
5. Enfermedades transmitidas sexualmente o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), HIV positivo o enfermedades relacionadas?		
6. Enfermedades del Páncreas, Hígado, Vesícula, Trastornos Endocrinos (incluyendo pero no limitado a: obesidad, glándulas pituitarias o infáticas, tiroides o desórdenes metabólicos)?		
7. Diabetes (si la respuesta es afirmativa complete lo siguiente) a) Tipo de Diabetes: ____ I or ____ II b) Fecha de diagnóstico inicial: ____ / ____ / ____ c) Medicamento: Nombre: _____ Dosis: _____ d) Controlado únicamente con dieta ? : ____ Sí or ____ No e) Fecha del último HbA1c test: ____ / ____ / ____ Resultados del último HbA1c (1-10): _____		
8. Enfermedades del Sistema Nervioso o Desórdenes Mentales (incluyendo pero no limitado a: retraso mental, psicosis, desórdenes mentales o de comportamiento, Síndrome de Down y otros desórdenes cromosómicos, depresión, ansiedad, fatiga, desordenes alimenticios)?		
9. Desórdenes neurológicos (incluyendo pero no limitado a: esclerosis múltiple, distrofia muscular, enfermedad de Lou Gehrig, Mal de Parkinson, parálisis, epilepsia, convulsiones, ataques, migrañas, dolores de cabeza crónicos, derrame cerebral o apoplejía, ataques cerebrales pasajeros)		
10. Enfermedades Adictivas (incluyendo pero no limitado a: alcoholismo, uso y adición de drogas o químicos, o		

si alguno de los solicitantes ha consumido drogas ilegales o medicamentos diferentes a los prescritos)?		
11. Enfermedades del Sistema Urinario (incluyendo pero no limitado a: riñones, vejiga, cálculos renales, infecciones o fallas)?		
12. Enfermedades o desórdenes de la Sangre o Células (incluyendo pero no limitado a: cáncer, tumores, quistes, pólipos u otros crecimientos de los órganos de la piel o internos, hepatitis, leucemia o Sarcoma de Kaposi)		
13. Enfermedades e inflamaciones del Sistema Muscular u Óseo (incluyendo pero no limitado a: escoliosis, artritis, reumatismo, gota, tendinitis, desórdenes de las vértebras o articulaciones, osteoporosis?)		
14. Cualquier defecto físico, deformidad, defectos congénitos, problemas de desarrollo no mencionados en las preguntas anteriores; o se le ha solicitado o recomendado a alguno de los solicitantes exámenes de diagnóstico, radiografías, electrocardiogramas, exámenes de laboratorio; consultado algún Terapeuta o Médico; o si ha sido hospitalizado, operado, tratado o advertido de requerir tratamiento médico especial?		
15. Para aplicantes Masculinos: enfermedades o desórdenes del sistema reproductivo, incluyendo pero no limitado a: próstata, o niveles elevados de PSA.		
16. Para solicitantes femeninas: enfermedades del Sistema Reproductivo, hemorragia vaginal, fibromas, nódulos, quistes de los senos trompas, ovarios o útero?		
17. ¿Está usted actualmente embarazada o ha tenido embarazos complicados? Si está embarazada indique fecha probable de parto ? _____		
18. Para aplicantes Femeninas: Enfermedades o desórdenes de los pechos (incluyendo pero no limitado a: quistes, nódulos, calcificaciones, mamografías anormales)		
19. ¿A Usted o a alguno de los solicitantes se le ha cancelado, excluido o aumentado la prima de alguna póliza de seguro de salud o incapacidad??		
20. ¿Está Usted o alguno de los solicitantes actualmente hospitalizado, incapacitado o privado para realizar actividades normales?		
21. ¿Algún defecto congénito, desorden físico o deformidad, o problemas del desarrollo que no hayan sido mencionados en la lista anterior?		
22. ¿En los últimos 12 meses Usted o alguno de los solicitantes ha consumido cualquier forma de tabaco? De ser afirmativo indique qué tipo? _____ Cantidad: _____ Frecuencia: _____		
23. ¿Usted o alguno de los solicitantes recientemente ha experimentado cambios en su salud o algún síntoma, señal, tratamiento o diagnóstico que le indique que ha desarrollado una nueva condición médica?		

Sección 3. Detalles de los historiales médicos de los solicitantes

Por favor explique todas las preguntas contestadas afirmativamente en la sección 2 "preguntas sobre el historial médico del solicitante (use una hoja adicional de ser necesario. Respuestas incompletas pueden demorar el proceso.

Nombre de la persona Número de la pregunta	Enfermedad / diagnostico, tratamiento médico prescrito y resultados del tratamiento	Fechas de las visitas duración	Doctor / Hospital, Dirección y número de teléfono

Información acerca de otra póliza o póliza anterior	Sí	No
1. Ha sido usted cubierto por otro plan médico durante el año pasado?		
2. Estará usted cubierto por otro plan médico(individual o colectivo)mientras este cubierto por este?		
Para todas las respuestas afirmativas por favor dé la siguiente información. Si más de una situación aplica, anexe hoja adicional para describir cada situación		
Nombre del asegurado(s): _____ Póliza o certificado No: _____ Tipo de Plan: <input type="checkbox"/> Plan colectivo del Conjugue <input type="checkbox"/> Otro plan colectivo <input type="checkbox"/> Plan individual Nombre de la Compañía de seguros: _____ Teléfono: _____ Fecha efectiva de cobertura: _____ Si la cobertura termino indique la fecha: Razón de la terminación: <input type="checkbox"/> Dejo el empleo <input type="checkbox"/> Empleador cancelo el plan <input type="checkbox"/> No se renovó el plan		

Sección 4. Declaración y solicitud de inscripción/ Autorización para dar información médica:

Declaro que aplico a la cobertura otorgada bajo Reside Worldwide y otorgada por Certain Underwriters at Lloyds London Declaro que toda la información en esta aplicación y cualquier anexo es completa y verdadera en el mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que la compañía de seguros Lloyd's of London confiará en la información contenida en esta aplicación para determinar si la cobertura será otorgada y que cualquier información incorrecta o incompleta anulará este seguro.

Entiendo que los beneficios médicos pueden ser limitados o excluidos por condiciones por las cuales cualquier asegurado ha recibido diagnóstico o tratamiento médico o tomado algún medicamento, antes de su fecha efectiva de cobertura, de acuerdo a las limitaciones y condiciones pre-existente en el plan.

AUTORIZO a cualquier médico, hospital, clínica o cualquier otra dependencia médica, "Medical Information Bureau, Inc. (MIB, Inc)", agencias de reporte de consumos, compañías de seguros y reaseguros o empleadores que tengan alguna información mía o de mis dependientes a suministrar esta información a la compañía de seguros Lloyds of London o a sus representantes legales. La naturaleza de esta información incluye: (1) condición (es) física(s), (2) historia(s) de salud, (3) distracción(es), (4) edad(es), (5) ocupación(es), y (6) características personales. Esta autorización incluye información sobre (1) drogas, (2) alcoholismo, (3) enfermedades mentales, o (4) enfermedades transmisibles.

YO ENTIENDO que la información obtenida por el uso de esta autorización será usada por El Administrador para determinar la elegibilidad de beneficios. TAMBIÉN AUTORIZO AL ADMINISTRADOR para dar cualquier información obtenida a las compañías de reaseguros, "Medical Information Bureau" o cualquier otra persona u organización que realice operaciones o servicios legales referentes a mi aplicación, reclamos o cualquier otro uso que yo autorice.

ESTOY DE ACUERDO en que esta autorización será válida por 2 años y medio (2) desde la fecha abajo indicada. Puedo solicitar una copia de esta Autorización. También admito que he leído los AVISOS IMPORTANTES números 1,2,3,4, y 5 que se me han dado. Estoy de acuerdo que una copia de esta autorización será válida como el original.

ENTIENDO que como residente de una jurisdicción extranjera, puedo estar sujeto a leyes foráneas con respecto al tipo y forma de cobertura en la cual me estoy inscribiendo. También entiendo y estoy de acuerdo que la responsabilidad de adaptar estas leyes a este plan de seguros recaerá solamente sobre mí.

ENTIENDO que la fecha efectiva estará en concordancia con los términos de la fecha efectiva aplicable y la aceptación de SRI. Y también ENTIENDO que la cobertura en los Estados Unidos esta limitada a 6 meses durante cualquiera de los doce meses de cobertura de la póliza.

TAMBIÉN ENTIENDO que cualquier persona que, con intenciones de fraude o sabiendo que el o ella esta facilitando un fraude, contra un asegurador, someta una aplicación o envíe un reclamo conteniendo falsa o engañosa información puede ser culpable de fraude.

FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO O GUARDIAN:	Fecha:
---	--------

FIRMA DEL CONYUGUE DEL PROPUESTO ASEGURADO (si aplica):	Fecha:
---	--------

Sección 5 Especificaciones del Programa

Por Favor Seleccione su Deducible: <input type="checkbox"/> \$250 <input type="checkbox"/> \$500 <input type="checkbox"/> \$1000 <input type="checkbox"/> \$2500 <input type="checkbox"/> \$5000	
Fecha Efectiva Solicitada: _____ / _____ / _____ (mes/día/año) La fecha efectiva deberá ser dentro de los próximos 60 días a partir de la fecha de firma de la solicitud. De ser aceptado la fecha efectiva será comunicada por SRI.	
Para beneficios por muerte accidental y desmembramiento el beneficiario en el certificado debe ser el asegurado principal. Si este beneficio es utilizado por el asegurado principal, el beneficiario será su patrimonio. Si esto no es aceptable, por favor mencione el beneficiario:	

Cálculo de la Prima y los Pagos

	X		=	
Prima Anual para cada solicitante		Factor de plazo de pago (ver abajo)		Total pago presentado

Modalidad de pago de la póliza: Anual = 1.00 Semestral = 0.55 Trimestral = 0.28 Mensual = 0.10

Importante: Se aceptan cheques personales de Bancos en Estados Unidos solo para pólizas con pagos Anuales.

Información Importante

Es importante hacer notar que Reside Worldwide es un programa para ciudadanos Internacionales y Lloyd's es una entidad Internacional. Lloyd's opera como un asegurador no autorizado en los Estados Unidos. Cobertura y beneficios bajo Reside Worldwide no están regulados por el Departamento de Seguros de los Estados Unidos.

La información concerniente a Reside Worldwide no esta prevista para ser usada como instrumento de venta de Reside Worldwide o para promocionar a Specialty Risk Internacional, Inc o a Lloyd's of London en ninguna jurisdicción donde dicha acción se ilegal o en donde Lloyd's o SRI no estén calificados para hacerlo. Reside Worldwide puede no estar disponible en todas las situaciones o jurisdicciones. Para ciudadanos de los Estados Unidos, Reside Worldwide esta ideado para personas que residan o viajen fuera de los Estados Unidos.

Copyright 1998 - 2005 by Specialty Risk International, Inc.
Reside® is a registered trademark of Specialty Risk International, Inc.