

SOLICITUD PARA COBERTURA DE SALUD

Por favor, escriba a máquina o con letra de molde.

DATOS PERSONALES DE LOS SOLICITANTES										
	Nombre	I.	Apellidos	Sexo	Fecha de nacimiento			Edad	Altura	Peso
					Día	Mes	Año			
Titular										
Cónyuge										
Hijo										
Hijo										
Hijo										
Hijo										
Hijo										
Hijo										

Dirección de residencia (Incluyendo ciudad y país):	Dirección postal:	Números de teléfono:
	Correo electrónico:	Número de fax:
Otra dirección postal:	Ocupación y deberes:	Número de centro de trabajo:
	Correo electrónico:	

	Solicitantes	Endoso	Prima
1-			\$
2-			\$
3-			\$
4-			\$
5-			\$

<p>MODO DE PAGO</p> <p> <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> Cheque <input type="checkbox"/> Transferencia </p>	<p>Plan:</p> <p>Deducible:</p>
--	--

Prima anual:
Mensual (x0.092+ \$2):
Semestral (x0.55):

Para uso de la compañía
Número de póliza: <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 40px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div>

ELEGIBILIDAD: ESTATURA Y PESO

ESTATURA		PESO			
Pies Pulgadas	Metros	Libras		Kilogramos	
		Min	Mx	Min	Max
4'8"	1.42	74	173	33.57	78.47
4'9"	1.45	77	180	34.93	81.65
4'10"	1.47	79	186	35.83	84.37
4'11"	1.50	82	193	37.19	87.54
5'0"	1.52	85	199	38.56	90.26
5'1"	1.55	88	206	39.92	93.44
5'2"	1.57	91	213	41.28	96.62
5'3"	1.60	94	220	42.64	99.79
5'4"	1.63	97	227	44.00	102.97
5'5"	1.65	100	234	45.36	106.14
5'6"	1.68	103	241	46.72	109.32
5'7"	1.70	106	249	48.08	112.94
5'8"	1.73	109	256	49.44	116.12
5'9"	1.75	112	264	50.80	119.75
5'10"	1.78	115	271	52.16	122.92
5'11"	1.80	119	279	53.98	126.55
6'0"	1.83	122	287	55.34	130.18
6'1"	1.85	126	295	57.15	133.81
6'2"	1.88	129	303	58.51	137.44
6'3"	1.91	133	312	60.33	141.52
6'4"	1.93	136	320	61.69	145.15
6'5"	1.96	140	328	63.50	148.78
6'6"	1.98	143	337	64.86	152.86
6'7"	2.01	147	346	66.68	156.94
6'8"	2.03	151	355	68.49	161.03
6'9"	2.06	154	363	69.85	164.65

ELEGIBILIDAD: Las personas que tienen menos de setenta (70) años de edad y sus dependientes (s) y que han sido diagnosticados o tratados para los siguientes condiciones: Síndrome de Down, Autismo, Epilepsia, Convulsiones, Parálisis de ningún tipo, enfermedad de Alzheimer, Demencia, cualquier trastorno neurológico degenerativo, la esclerosis múltiple, parálisis cerebral, enfermedad de Lou Gehrig, Sickleimia, enfermedades Fibroquística, enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Crohn, Hemofilia, la infección por el VIH o el SIDA, Lupus, Insuficiencia Renal Crónica, Esquizofrenia, Artritis Reumatoide, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), trastornos hereditarios y congénitos, no son elegibles para esta cobertura y no serán cubiertos por esta Poliza.

Todas las personas que estén aseguradas bajo esta cobertura, han leído, y entendido, que cumplen los parámetros de "Estatura y Peso" y "Elegibilidad" como es requerido arriba.

Si

No

Información del médico personal o familiar

Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Teléfono:	Teléfono:

DESIGNACION DE BENEFICIARIO

En el caso del fallecimiento de algún asegurado, después que esta póliza haya sido emitida, yo instruyo a la compañía a hacer el pago de cualquier dinero que se deba al fallecido, de esta manera:

En el evento de la muerte del beneficiario

BENEFICIARIO:	BENEFICIARIO CONTINGENTE:
Nombre:	Nombre:
Dirección:	Dirección:
Teléfono:	Teléfono:
Correo Electrónico	Correo Electrónico

DECLARACION DEL SOLICITANTE

Comprendo que el broker que recibe esta solicitud no tiene autoridad para modificar o eliminar ninguna porción de esta solicitud o ninguna cobertura, condición o restricción contenida en la póliza de seguro solicitada, y que toda la información requerida en la solicitud debe ser establecida en la solicitud. También entiendo que esta solicitud será parte de la póliza de seguro a emitirse, y que la aseguradora utilizará la información contenida en la misma para determinar si la póliza de seguro solicitada será emitida o no.

Comprendo que el testigo, recibiendo esta solicitud de mí, es un negociador que actúa a mi favor y no para ninguna Administradora o compañía de Seguros. Ni la Administradora que llegue a ofrecer una póliza de cualquier Compañía de Seguros, ni la compañía pueden ser considerados responsables por cualquier circunstancia, si el negociador o el broker fallara, ahora o en el futuro, en transmitir o comunicar cualquier documentación o fondos a la Administradora, que fuera destinado a mi y/o cualquier document-ación o fondos de mi para la Administradora.

Queda entendido que el seguro solicitado no estará vigente hasta que la solicitud sea aprobada y aceptada por la aseguradora, el pago total de la prima del primer término se haga, y la póliza sea emitida sujeta a todas las condiciones y restricciones aquí conte-nidas.

Comprendo que esta póliza no está disponible a ciudadanos Norteamericanos que sean residentes permanentes de los Estados Unidos.

Sin embargo, si usted compra su póliza en su país de residencia y se muda a los Estados Unidos, le ofrecemos opciones para poder conservar su póliza en los Estados Unidos.

AUTORIZACION MEDICA

Por este medio autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica, cualquier institución médica o relacionada con la medicina, el Buró de Informaciones Médicas (Medical Information Bureau, Inc. MIB) y otras organizaciones, agencias de re-portes al consumidor, compañía de seguro o reaseguro, institución o persona que tenga conocimiento de mí o de mi salud, in-cludiendo a cualquier miembro de mi familia, a facilitar a Morgan-White Administrators International, Inc., en su carácter de ad-ministradores de mi compañía de seguro, o cualquier compañía de reaseguro o sus representantes legales, cualquiera y toda la información. La naturaleza de la información autorizada a ser revelada incluye información sobre todas las evaluaciones médicas, atención, tratamiento, diagnósticos o consultas proveídas al asegurado que suscribe, o mis dependientes. Com-prendo que la información obtenida mediante esta autorización será usada por Morgan-White Administrators Internation-al, Inc., los aseguradores y sus reaseguradores, para determinar mi elegibilidad. Instruyo que a una copia de esta autorización se le conceda la misma fuerza y efecto que al original. Esta autorización permanecerá válida mientras esta póliza esté vigente.

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

FECHA ____ / ____ / ____
Día Mes Año

FIRMA DEL CONYUGE DEL SOLICITANTE _____
(Si va a asegurarse)

FECHA ____ / ____ / ____
Día Mes Año

ENFERMEDADES PREEXISTENTES: significa cualquier condición o conse-cuencia relacionada con una condición médica, enfermedad o accidente por el cual; consejo médico, consulta, diagnóstico, cuidado o tratamiento fue recibido o medica-mentos fueron prescritos o ingeridos, dentro de los siete (7) años anteriores a la Fecha de Vigencia de esta Póliza o su restablecimiento o, (2) una condición que habría cau-sado a una persona prudente procurar consejo médico, consulta, diagnóstico, cui-dado o tratamiento antes de la Fecha Efectiva individual de esta Póliza, o (3) una condición por la cual consejo médico, consulta, diagnóstico, cuidado o tratamiento de cualquier síntoma evidente del mismo, que si presentado a un médico, habría dado lugar a un intento de diagnosticar la enfermedad cuyos síntomas se produjeron antes de la Fecha Efectiva de esta Póliza o, (4) cualquier Cargo cubierto o Servicios cubiertos por embarazo dentro de los doce (12) meses después de la Fecha Efectiva de Cobertura bajo esta Póliza.

Yo comprendo que: las condiciones pre-existentes no están cubiertas en esta póliza.

Si

No

SE REQUIRE EL NOMBRE DEL TESTIGO DE ESTA CERTIFICACION

Certifico que he proveído fielmente toda la información dada por el solicitante y que le he entregado una copia de todo lo tratado.

COORDINADOR

CODIGO

Correo Electrónico