

RESIDE PRIME MEDICAL PLAN

Solicitud

Como fue descrito en el folleto y documentación, Plan Médico Reside Prime 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 Prime 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 su agente, ClicSeguros.
- 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

Todas las secciones deben ser completadas.

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					
Dirección: _____ <i>Debe ser fuera de los Estados Unidos (calle, ciudad, estado, país, zona postal)</i>							
Dirección de correspondencia: _____ <i>(calle, ciudad, estado, país, zona postal)</i>							
Teléfono de habitación: _____ Teléfono de oficina: _____ Fax: _____ Dirección de correo electrónico: _____							
Ocupación: _____ Ocupación del cónyuge: _____							
Responsabilidades: _____ Nombre del empleador: _____ <i>Si esta retirado previo empleador</i>							
Entiende usted que esta es una póliza Internacional de salud y no un seguros Americano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Entiende que no puede permanecer en E.E.U.U. mas de 6 meses de los 12 meses de cobertura de la póliza: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Cuando planea partir de los Estados Unidos: ___/___/___ (mes/día/año)							
Estado: _____ País: _____ Código postal: _____ Los dependientes mencionados con edades comprendidas entre 19 y 24 son estudiantes a tiempo completo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si son estudiantes indique donde y nombre de la institución: _____							

Sección 2 Preguntas sobre el historial médico del solicitante

Para que su solicitud sea procesada de manera satisfactoria, cada pregunta debe ser respondida con la mayor honestidad. Cualquier pregunta afirmativa (Si) que sea marcada debe ser descrita en detalle en la sección 3 Detalles del Historial medico.

(Por favor marque todas las que correspondan)

	SI	NO
1.) Enfermedades del Sistema Digestivo (incluyendo pero no limitado a: gastritis, úlceras, reflujo gastroesofágico, hemorroides, colon o recto).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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, trombosis, flebitis, insuficiencias coronarias, 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.) Enfermedades Respiratorias (incluyendo pero no limitado a: tos crónica, asma bronquial, bronquitis, tuberculosis, problemas pulmonares, enfisema, insuficiencia respiratoria, pleuresía, neumonía).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.) Enfermedades de los Ojos, Nariz, Oídos y Garganta (incluyendo pero no limitado a: desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, cataratas, glaucoma, alergias, rinitis.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.) Enfermedades transmitidas sexualmente o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), HIV positivo o enfermedades relacionadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.) Enfermedades del Páncreas, Hígado, Vesícula, Trastornos Endocrinos (incluyendo pero no limitado a: obesidad, glándulas pituitarias o linfáticas, tiroides o desórdenes metabólicos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.) Diabetes (si la respuesta es afirmativa complete lo siguiente: a.) Tipo de Diabetes ____ I ____ II b.) Fecha de diagnóstico inicial ____/____/____ c.) Medicamento: Nombre: _____ Dosis: _____ d.) Controlado únicamente con dieta SI__NO__ e.) Fecha del último HbA1c test: ____/____/____ Resultados del último HbA1c (1-10) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.) Enfermedades del Sistema Nervioso o Desórdenes Mentales (incluyendo pero no limitado a: epilepsia, convulsiones, parálisis, derrame cerebral, dolores de cabeza crónicos, migraña, retraso mental, psicosis, desórdenes mentales o de comportamiento, depresión, Síndrome de Down u otros desórdenes crono-somáticos, mareos, fatiga, desmayos, vértigo.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.) 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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.) Enfermedades del Sistema Urinario (incluyendo pero no limitado a: riñones, vejiga, cálculos renales, infecciones o fallas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.) Desórdenes de la Sangre o Células (incluyendo pero no limitado a: cáncer, tumores, quistes, pólipos u otro tipo de masas o tumores de la piel y órganos internos, hepatitis, leucemia o Sarcoma de Kaposi).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.) 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).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.) 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.) Para solicitantes masculinos: enfermedades del Sistema Reproductivo o de la Próstata.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.) Para solicitantes femeninas: enfermedades del Sistema Reproductivo, hemorragia vaginal, fibromas, nódulos, quistes de los senos, trompas, ovarios o útero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.) ¿Está usted actualmente embarazada o ha tenido embarazos complicados? Si está embarazada indique fecha probable de parto: ____/____/____.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.) ¿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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.) ¿Está Usted o alguno de los solicitantes actualmente hospitalizado, incapacitado o privado para realizar actividades normales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.) ¿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 _____.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.) ¿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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.) ¿En los últimos 10 años, alguno de los solicitantes ha consultado, sido examinado o tratado por algún medico, quiropráctico, psicólogo o cualquier otro administrador de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.) ¿En los últimos 10 años ha sido usted o alguno de los solicitantes internado en alguna clínica u hospital o cualquier otra institución medica?.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.) ¿En los últimos 10 años, alguno de los solicitantes ha sido aconsejado de someterse a tratamientos quirúrgicos o exámenes adicionales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sección 3

Detalles de los historiales médicos de los solicitantes.

Prima Anual para cada solicitante: _____

Factor de plazo de pago X _____
(del cuadro de la derecha)

Total pago presentado: = _____

Modalidad de pago de la póliza	Factores
Anual	1.00
Semestral	.55
Trimestral	.28
Mensual	.10
Importante: Se aceptan cheques por primas anuales solamente	

Modo de pago

Cheque Money Order *MasterCard *Visa Discover

Card# _____ Fecha de vencimiento: ____/____

Nombre como aparece en la tarjeta de crédito: _____ Teléfono: _____

Firma: _____

Dirección de facturación: _____

***Si paga con tarjeta de crédito.** Autorizo SRI a cargar a mi Visa/MasterCard el monto total de la prima. Si yo he autorizado el cargo automático a la tarjeta de crédito para mis pagos a plazos, solicito y autorizo a SRI cargar a mi tarjeta de crédito periódicamente cuando mis fechas de pago comiencen a cumplirse. Esta autorización estará en efecto hasta que yo la revoque por escrito, y SRI reciba el aviso. El pago de cobertura que se haga con cargo a una tarjeta de crédito esta sujeta a la validación y aceptación de la compañía operadora de la tarjeta de crédito. Para cualquier pago a plazos diferente a anual, yo pre autorizo a SRI cargar a mi tarjeta de crédito el monto correspondiente en la fecha en que el pago se cumpla. _____
(firme aquí para la autorización de cargo de la póliza)

Cheques y Money Orders deben emitirse a nombre de SRI. Todos los pagos deben ser hechos en dólares americanos y recibirse al momento en que la aplicación por cobertura es hecha.

Sección 7 Para uso del agente solamente.

Agente de SRI # 4672 Nombre del Agente: Carlos Perez
 Nombre de la compañía: ClicSeguros
 Dirección: 801 Brickell Avenue, Suite # 900
 Ciudad: Miami Estado: Florida Código Postal: 33131
 Teléfono: 305-661-7363 o 1-800-975-7363 Fax: 305-274-2572

Certificación del Agente: No estoy en conocimiento de ninguna otra información que pueda tener relevancia con la asegurabilidad de cualquiera de los solicitantes y que no he alterado ninguna respuesta escrita en esta solicitud o en ninguno de sus anexos. No he aconsejado a el (los) solicitante (s) a guardar información relativa a las preguntas de la presente y he aconsejado a el (los) solicitante (s) a revisarla enteramente para confirmar que ha sido llenada de manera precisa y completa.

Firma del Agente: _____

Información Importante: Es importante hacer notar que Reside Prime 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 Prime no están regulados por el Departamento de Seguros de los Estados Unidos.

La información concerniente a Reside Prime no esta prevista para ser usada como instrumento de venta de Reside Prime 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 Prime puede no estar disponible en todas las situaciones o jurisdicciones. Para ciudadanos de los Estados Unidos, Reside Prime esta ideado para personas que residan o viajen fuera de los Estados Unidos.

Por favor envíe por correo o fax a:

ClicSeguros.com
 801 Brickell Avenue, Suite # 900
 Miami, Florida 33131
 Tel: 305-661-7363
 Fax: 305-274-2572

Avalado por:

Certain Underwriters at Lloyd's London , Catalogada A Excelente por AM Best

Cobertura a viajeros internacionales

Cuando una persona asegurada viaje fuera de su país de residencia, además de los beneficios normales, le serán cubiertos gastos por reunión por una emergencia médica y repatriación de restos mortales.

Limitaciones

Condiciones Pre-existentes

Algunos solicitantes pueden tener condiciones medicas al momento de aplicar a Reside Prime (vea exclusión # 1). Si el solicitante indica que tiene una condición pre-existente, en la solicitud, y los evaluadores de SRI lo aceptan sin la emisión de una cláusula de exclusión de la condición específica, esta será cubierta hasta un máximo de \$50.000 (máximo \$5.000 por año) después de haber sido cubierto por la póliza por 24 meses consecutivos.

Condiciones Pre-existentes son aquellas enfermedad o lesión que reúna los siguientes criterios: 1) una condición que haya obligado a la persona a buscar consejo médico, diagnóstico o tratamiento antes de la fecha efectiva de cobertura de este certificado; 2) una condición por la cual consejo médico, diagnóstico o tratamiento fue recomendado o recibido antes de la fecha efectiva de cobertura de este certificado; 3) gastos incurridos por concepto de embarazo durante los primeros 12 meses de cobertura de este certificado. Condiciones médicas pre-existentes reveladas en la solicitud serán consideradas cubiertas. Cláusulas de exclusión pueden ser emitidas por la compañía por ciertas condiciones pre-existentes;

El Plan Médico Reside Prime no cubre:

- Condiciones pre-existentes
- Gastos por enfermedad o lesiones que no sean presentados a la Compañía para su pago dentro de los 3 meses siguientes al incidente;
- Gastos por tratamientos que no sean médicamente necesarios;
- Suicidio o cualquier intento de suicidio por una persona sana o enferma mental;
- Guerra, invasión, acto de hostilidad,
- Lesiones ocurridas durante la participación en atletismo profesional, amateur o interescolar;
- Exámenes físicos de rutina
- Tratamiento de la articulación Temporomandibular;
- Terapia Vocacional, recreacional, del lenguaje o musicoterapia;
- Cirugía plástica o cosmética excepto aquella realizada como consecuencia de un accidente cubierto
- Tratamientos dentales o visuales
- Lesiones o incapacidad ocasionadas cuando se encontrare bajo la influencia total o parcial de alcohol o drogas,
- Consultas telefónicas o inasistencias a las citas concertadas;
- Tratamientos mientras se encuentra recluido para recibir primeramente rehabilitación o servicios de enfermería;
- Anomalías congénitas o las condiciones que provienen como resultado de estas;
- Gastos que no son de naturaleza médica;
- Gastos por lesiones o enfermedades intencionales o auto inducidas;
- Gastos como resultado o en conexión con un delito mayor;
- Lesiones ocasionadas durante la práctica de: alpinismo donde guías o cuerdas sean normalmente utilizadas, paracaidismo, salto con bungee, equitación, motociclismo, buceo con aparatos de respiración bajo el agua, a menos que sea PADI certificado;
- Tratamiento de enfermedades venéreas; enfermedades de transmisión sexual;
- Tratamiento de HIV o SIDA
- tratamientos o procedimientos que prevén o promueven la fertilidad

Este folleto es solo una breve descripción del Plan Médico Reside Prime. Una descripción más completa de los beneficios y provisiones de la Póliza original se encuentra contenida en el certificado de seguro, el cual le será enviado una vez que la aplicación sea aprobada y la prima recibida por Specialty Risk International.

Pre-Notificación y SRI Utilization Management Program (UM Program)

Para recibir el mejor servicio que podemos ofrecerle, el Plan Reside Prime requiere que la persona asegurada (o cualquier otra persona en su nombre) contacte SRI Assist para notificar cualquier admisión en Hospitales alrededor del mundo o cualquier otro servicio médico que dentro de los Estados Unidos. Los números de contacto de SRI Assist se encontrarán en la parte de atrás de su tarjeta de identificación, SRI Assist le podrá ayudar también a localizar un proveedor de servicios para atención médica antes y durante admisiones a hospitales. Si no se sigue el U.M. Program se aplicará una penalización del 50% de reducción de los beneficios elegibles.

El Asegurador

Reside Prime es avalado por Certain Underwriters Lloyd's London Catalogada A Excelente por AM Best, además de ser una de las compañías de seguros más grandes del mundo con más de 300 años de experiencia en el mercado asegurador internacional.

Información Importante

Es importante hacer notar que Reside Prime 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 Prime no están regulados por el Departamento de Seguros de los Estados Unidos.

La información concierne a Reside Prime no esta prevista para ser usada como instrumento de venta de Reside Prime 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 Prime puede no estar disponible en todas las situaciones o jurisdicciones. Para ciudadanos de los Estados Unidos, Reside Prime esta ideado para personas que residan o viajen fuera de los Estados Unidos.

El Administrador

Desde 1993, Specialty Risk Internacional ha proporcionado planes Internacionales de seguros a Corporaciones, viajeros internacionales, inmigrantes, estudiantes y ciudadanos del mundo. Con eficiencia y habilidad, hemos atendido a clientes en más de 100 países alrededor del mundo. Como un excelente evaluador de riesgo, SRI ha tenido la oportunidad de ofrecer soluciones innovadoras ha situaciones únicas.

Nuestros profesionales en el área de reclamos tienen la experiencia necesaria para procesar los complejos reclamos que envuelven los servicios médicos internacionales. Como asegurado de SRI puede usted contar con la seguridad y el apoyo de un servicio de asistencia 24 horas al día, 365 días al año.

Otros servicios incluyen excelente administración, dedicada evaluación de los riesgos y el acceso a una Compañía de Seguros estable y con proveedores de servicios a nivel mundial.

La versión en Inglés del certificado de seguro y del folleto informativo o cualquier otro documento relacionado con RESIDE Prime serán las versiones autorizadas en las cuales las provisiones y beneficios de la póliza original aplicarán. Esta es una traducción meramente informativa.