



# Plan médico global Formulario de solicitud

Aetna Global Benefits®

Por favor lea lo siguiente antes de completar esta solicitud y use LETRA DE MOLDE.

Toda la información suministrada será tratada en estricta confidencialidad. **Usted** debe revelar todos los hechos materiales. De no hacerlo, puede invalidar la **póliza**. Un hecho material es una que puede influir en la evaluación y la aceptación de esta solicitud (por ejemplo, una condición médica preexistente o la participación en una actividad peligrosa). Si **usted** tiene alguna duda sobre si un hecho es material, debe ser divulgada.

Como solicitante, **usted** debe responder todas las preguntas y firmar la declaración en nombre de todas las personas incluidas en esta solicitud. Una copia de esta solicitud puede ser suministrada a **usted** a solicitud en el plazo de tres meses de su finalización. **Usted** debe mantener un registro de toda la información (incluyendo copias de todas las cartas) que se presenta a **nosotros** con el propósito de entrar en este contrato.

Envíe este formulario completado por correo postal, fax o email a **nosotros** o a **su** agente.

Aetna Global Benefits  
c/o Goodhealth Worldwide (Global) Limited  
PO Box 30545  
Tampa, Florida 33630  
USA

**TF:** +1-800-914-2177 (dentro de los EE.UU solamente)  
**T:** +1-813-775-0220  
**F:** +1-813-775-0625  
**E:** [AmericasServices@aetna.com](mailto:AmericasServices@aetna.com)

Fecha inicial solicitada (Debe ser dentro de 30 días de finalización de este MM DD AA Solicitud de Inscripción)	
---	--

Nombre del agente (si aplica)	Código del agente
-------------------------------	-------------------

## Sección 1 — Detalles del solicitante

Apellido		Título		
Primer nombre(s)				
Estado matrimonial	Fecha de nacimiento (Día/mes/año)	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura (pulgadas/pies)	Peso (kilos/libras)
Industria		Ocupación		
Nacionalidad		País de residencia		
Dirección residencial (no puede ser en su país de ciudadanía)		Dirección postal (si es distinta de la dirección residencial)		
Pueblo/Ciudad		Pueblo/Ciudad		
País/Estado		País/Estado		
Código postal		Código postal		
Número de teléfono de hogar		Número de teléfono de trabajo		
Móvil		Fax		
Email de hogar		Email de trabajo		

**Por favor guarde una copia para sus archivos.**

Las pólizas emitidas en Latinoamérica y el Caribe son emitidas y administradas por Goodhealth Worldwide (Global) Limited c/o Aetna Global Benefits Administrators Inc., una compañía de Aetna. Dirección registrada: 201 South Biscayne Boulevard, Miami, FL 33131, USA.

**Sección 2 — Datos de dependientes** (Por favor tenga en cuenta que los niños que serán incluidos en este plan deben ser menores de 18 años de edad; 23 años o menores si son estudiantes de tiempo completo y son dependientes de **usted** totalmente. Si **usted** tiene más **dependientes**, por favor proporcione los detalles en una hoja aparte.)

<b>Dependiente 1</b>	Apellido			Primer nombre(s)	
	Otras iniciales	Título	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura (pulgadas/pies)	Peso (kilos/libras)
	Parentesco al solicitante			Fecha de nacimiento (día/mes/año)	
	Ocupación			Nacionalidad	
<b>Dependiente 2</b>	Apellido			Primer nombre (s)	
	Otras iniciales	Título	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura (pulgadas/pies)	Peso (kilos/libras)
	Parentesco al solicitante			Fecha de nacimiento (día/mes/año)	
	Ocupación			Nacionalidad	
<b>Dependiente 3</b>	Apellido			Primer nombre (s)	
	Otras iniciales	Título	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estatura (pulgadas/pies)	Peso (kilos/libras)
	Parentesco al solicitante			Fecha de nacimiento (día/mes/año)	
	Ocupación			Nacionalidad	

**Sección 3 — Opciones**

**A) Beneficios** (Este plan le permite elegir distintas opciones de productos para satisfacer sus necesidades personales. Por favor, compruebe con claridad las opciones de beneficios usted ha seleccionado (Primary Plus o Primary Care) y la opción de deducible que usted requiera.)

**Seguro Médico**                       Primary Plus       Primary Care

**B) Deducible anual** (Por favor seleccione una de las siguientes deducibles anuales; esta será el deducible para todos los solicitantes.)

US\$500\*       US\$1,000       US\$2,500       US\$5,000       US\$10,000

\* Sólo disponible con la opción Primary Plus

**Sección 4 — Cálculo de primas** Usando las tarifas de primas del Plan médico global, por favor complete la calculadora de prima abajo. Si necesita ayuda para completar esta sección, por favor llame al número de contacto que aparece en la parte de arriba de esta solicitud.

Modo de Pago	<input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Semi-Anual
Solicitante	Prima anual en US\$ _____	Prima semi-anual en US\$ _____
Dependiente 1	Prima anual en US\$ _____	Prima semi-anual en US\$ _____
Dependiente 2	Prima anual en US\$ _____	Prima semi-anual en US\$ _____
Dependiente 3	Prima anual en US\$ _____	Prima semi-anual en US\$ _____
<b>Total</b>	Prima total pagadero en US\$ _____	Prima total pagadero en US\$ _____

**Por favor guarde una copia para sus archivos.**



## Sección 7 — Cuestionario médico

**Por favor responda las siguientes preguntas marcando Sí o No. Si usted ha comprobado Sí, por favor proporcione detalles.**

Condiciones	Sí	No
1. Condiciones neurológicas, mareos, desmayos, convulsiones, parálisis, migrañas, impedimentos de la vista y auditivos o cualquier enfermedad del cerebro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Enfermedades respiratorias, falta de aliento, asma, enfisema, sinusitis o cualquier enfermedad de los pulmones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Circulación, dolor de pecho, soplo, hipertensión, arritmias, infarto, colesterol alto o cualquier enfermedad del corazón o los vasos sanguíneos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hepatitis, cirrosis, úlceras, hemorragias intestinales, o cualquier enfermedad del estómago, intestinos, hígado, vesícula biliar o el páncreas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Artritis, gota, neuritis o cualquier enfermedad de los huesos, músculos o articulaciones incluyendo la espalda o el cuello.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Enfermedades de los ojos, oídos, nariz o garganta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cualquier enfermedad de los riñones, sistema urinario, próstata, órganos reproductivos o los senos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Diabetes, tiroides, pituitario, suprarrenales u otras enfermedades de la glándula endocrina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cualquier deformidad o amputación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Cáncer, tumor o quiste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida o cualquier trastorno relacionado al SIDA.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cualquier enfermedad de la piel o los ganglios linfáticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Alergias, anemia o cualquier otra enfermedad de la sangre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cualquier trastorno de la menstruación o complicación del embarazo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Favor responder a lo siguiente:

- a) ¿Está **usted** bajo observación o **tratamiento** por cualquier **condición médica o dental** o se ha recomendado cualquier procedimiento médico/quirúrgico o dental o se están considerando?  Sí  No
- b) ¿Está **usted** actualmente embarazada?  Sí  No
- c) ¿Usa **usted** bebidas alcohólicas?  Sí  No  
Si sí, que tipo, cantidad y frecuencia. \_\_\_\_\_
- d) ¿Usa **usted** medicamentos bajo receta?  Sí  No  
Si sí, que tipo, dosis y frecuencia. \_\_\_\_\_
- e) ¿Usa **usted** productos de tabaco?  Sí  No  
Si usa cigarrillos, indique cuántos cigarrillos por día. \_\_\_\_\_
- f) ¿Tuvo **usted** o está utilizando actualmente asesoramiento para el alcohol, drogas o condiciones emocionales o mentales?  Sí  No
- g) ¿Ha tenido una operación quirúrgica, consulta, prueba diagnóstica o ha recibido asesoramiento para hacerlo en los últimos 5 años?  Sí  No
- h) ¿Tiene **usted** antecedentes familiares de trastornos cardíacos o circulatorios, hipertensión o diabetes?  Sí  No
- i) ¿Cualquier otra enfermedad, lesión o defecto no mencionado?  Sí  No

**Información adicional:**

Si **usted** respondió **sí** a cualquiera de las preguntas en la **Sección 7**, proporcione los detalles en este espacio o en una hoja de papel separado si no hay suficiente espacio en esta solicitud.

Sírvase proporcionar el número preciso de la pregunta, nombre de la persona, diagnóstico, fecha y duración de la enfermedad/lesión/**tratamiento** y los nombres y direcciones de los médicos tratantes y centros médicos.

**Por favor guarde una copia para sus archivos.**

**Sección 8 — Declaración**

Mi cónyuge, **dependientes** adultos competentes y yo (aquellos que están solicitando cobertura con la presente solicitud) autorizamos a cualquier médico, profesional médico, **hospital**, otra institución médica ("proveedores") y a mi empleador a divulgar, en la medida de lo permitido por la ley sobre la materia, a Aetna Global Benefits o a una entidad afiliada ("Aetna"), a información relativa a la historia, servicios, suministros o **tratamiento** médico provisto a cualquiera de las personas incluidas en esta solicitud, incluyendo los servicios dentales, de abuso de sustancias y VIH/SIDA ("información médica").

Confirmando y acuerdo que la información personal o información médica recopilada o mantenida por Aetna Global Benefits, ya sea que esté incluida en esta solicitud o se obtenga de otra forma, puede ser divulgada a nivel mundial a mi empleador, a las afiliadas de Aetna, proveedores, pagadores, otros aseguradores, administradores terceros, vendedores, consultores y autoridades gubernamentales con la jurisdicción apropiada, cuando sea necesaria para la atención médica o **tratamiento**, el pago de servicios y las actividades relacionadas con la operación de mi plan médico.

Entiendo que Aetna Global Benefits puede confiar en dicha información para: 1) suscribir esta solicitud de cobertura, hacer determinaciones de elegibilidades, clasificación de riesgos, emisión de **pólizas** e inscripción para todos los solicitantes; 2) administrar reclamos y determinar o cumplir la responsabilidad de cobertura y disposiciones de **beneficios**; 3) administrar la cobertura; y 4) llevar a cabo las operaciones de seguros, como mercadeo y publicidad de conformidad con las leyes y reglamentos aplicables.

He hablado sobre los términos de esta autorización con mi cónyuge y **dependientes** adultos competentes y he obtenido su consentimiento para divulgar su información médica de acuerdo con esta autorización. Entiendo que puedo rehusarme a dar mi consentimiento a Aetna Global Benefits para procesar mi información personal o médica; sin embargo, esto podría causar que se rechace la cobertura.

Entiendo que puedo revisar y ofrecer correcciones de mi información personal o médica en la medida de lo permitido por ley, recibir una copia de esta autorización a solicitud y que una fotocopia es tan válida como el documento original. Asimismo, puedo revocar esta autorización en cualquier momento en la medida que Aetna Global Benefits u otra parte no haya actuado en base a ella. También tengo el derecho de ser excluido de cualquier campaña de ventas directas.

Esta autorización será válida durante el término de esta cobertura o hasta que la ley lo permita.

Entiendo que es ilegal que yo o mis **dependientes** proporcionemos hechos o información falsos, incompletos o engañosos a Aetna Global Benefits para fines de defraudar o tratar de defraudar a Aetna Global Benefits. Las penalidades pueden incluir prisión, multas, denegación de cobertura, rescisión de beneficios, y daños y perjuicios.

Entiendo que los proveedores que pertenecen a la red de Aetna Global Benefits son contratistas independientes y no agentes ni empleados de Aetna Global Benefits ni ninguna entidad afiliada de Aetna.

**Aceptación**

- a. Declaro que según entiendo, la información de esta solicitud es verdadera y completa y se han corregido las respuestas y declaraciones en esta solicitud que no son de mi puño y letra.
- b. Declaro que he leído y entendido los documentos, "Términos y Condiciones" y "Tabla de beneficios" y estoy de acuerdo en aceptar y ajustarme a los términos de la Política, a menos que cancele esta política dentro de los 30 días siguientes a la fecha de comienzo. Estoy convencido de que el producto seleccionado satisface mis necesidades en este momento.
- c. He declarado todos los hechos materiales relacionados con mi solicitud de inscripción para la cobertura.

**Aceptación**

Entiendo que, en la medida de lo permitido por la ley, las declaraciones falsas pueden originar el rechazo de reclamos o la anulación de mi cobertura a partir de la **fecha inicial** sin que ningún **beneficio** sea pagadero.

**Autorización**

A todos los médicos y otros profesionales médicos, **hospitales** y otras instituciones médicas, aseguradoras, servicios médicos y **hospitalarios**, y planes médicos prepagados, empleadores y a la Dirección de Información Médica.

**Usted** tiene autorización para proporcionar a Goodhealth Worldwide (Global) Limited c/o Aetna Global Benefits y a sus representantes información sobre mi atención médica, **asesoría**, **tratamiento** o suministros que se me han proporcionado a mí o a cualquier familiar cuya cobertura se ha solicitado. Esta información será usada para fines de determinar la elegibilidad para la cobertura. Esta autorización será válida siempre que se solicite cobertura bajo la **póliza**.

Entiendo que una copia electrónica de esta autorización tiene la misma validez que la autorización original.

Firma del solicitante primario

Fecha (día/mes/año)

**Por favor guarde una copia para sus archivos.**

**Sección 9 — Divulgación**

El firmante abajo se compromete a la creación de un fondo de seguro a efectos de aplicación de un acuerdo (el "Acuerdo") para el acuerdo del plan médico de Aetna Global Benefits (el "Acuerdo"). El firmante abajo está de acuerdo con la designación de Butterfield Trust (Bermuda) Limited como Agente para dicho Fondo de Seguro y el Acuerdo. Este Acuerdo de Acumulación se adjunta y forma parte de dicho Acuerdo.

El firmante abajo, como persona inscrita en el Acuerdo del 19 de diciembre de 2006, acepta y acuerda estar obligado por los términos del Acuerdo, incluidas todas sus enmiendas.

El firmante abajo además solicita que la cobertura de seguro indicada en la Opción de plan seleccionado en el Formulario de solicitud del plan médico de Aetna Global Benefits sea proporcionado a la persona inscrita firmante y cualquier otra persona inscrita (según corresponda) en virtud de la **póliza** de seguro médico o **pólizas** emitidas por una de los **aseguradores** definidos en el Acuerdo, a través de Goodhealth Worldwide (Global) Limited ( "Goodhealth") c/o Aetna Global Benefits al Agente, y (sujeto a los requisitos de aseguramiento aplicables de Aetna Global Benefits) que dicha cobertura sea vigente a partir de la **Fecha inicial** solicitada indicada en el Formulario de solicitud del acuerdo del plan médico de Aetna Global Benefits o a partir de la fecha de aprobación de Aetna Global Benefits de los firmantes de la participación en el Acuerdo, si ésta es posterior, y continuará tanto tiempo como el que suscribe sigue siendo una persona inscrita. Los **beneficios** de seguro proporcionados deben estar de acuerdo con la Opción de plan seleccionado y estará sujeto a los términos de la **póliza** de seguro médico o **pólizas** emitidas al Agente.

La cobertura del Acuerdo del plan médico de Aetna Global Benefits es proporcionada por un período de 12 meses. Se exige un mínimo de 12 meses de la prima sin importar la opción de pago elegida (semi-anual o anual). El firmante acuerda hacer las contribuciones reembolsables requerida al fondo de seguro para que la cobertura de seguro solicitada por la persona inscrita firmante y cualquier otra persona inscrita (según corresponda). Si el firmante no puede hacer una contribución requerida cuando es pagadero, serán responsables directamente a Aetna Global Benefits para dichas contribuciones no pagadas del período durante el cual la cobertura está en vigor con respecto a la persona inscrita abajo y cualquier otra persona inscrito (según corresponda).

Entiendo que la **póliza** de seguro expedido en virtud del Acuerdo está sujeta a las leyes de las Bermudas, la jurisdicción en la que se estableció el Acuerdo y en el que esté domiciliado el agente; Aetna Global Benefits y el Agente no son responsables del cumplimiento de la persona inscrita con la ley local aplicable.

Nombre en letra imprenta	Firma	Fecha (día/mes/año)
--------------------------	-------	---------------------

**Por favor guarde una copia para sus archivos.**

Las pólizas emitidas en Latinoamérica y el Caribe son emitidas y administradas por Goodhealth Worldwide (Global) Limited c/o Aetna Global Benefits Administrators Inc., una compañía de Aetna. Dirección registrada: 201 South Biscayne Boulevard, Miami, FL 33131, USA.