

Solicitud para **Cobertura de Incapacidad**



INTERNATIONAL

A division of Morgan White Group

75 Valencia Avenue
Suite 801, Coral Gables, FL 33134

Información del Solicitante

Individual Grupo

Nombre	I.	Apellidos	Sexo	Fecha de Nacimiento			Edad	Altura (Pies/Pulg)	Peso (lbs)
				Día	Mes	Año			
Dueño de la Póliza (si no es el solicitante)									
Nombre completo o nombre de la empresa						Relación con el Asegurado			
Dirección			Ciudad			País		Código Postal	

Residencia Permanente (Incluyendo ciudad y país)	Dirección postal	
Números de teléfono	Correo electrónico	Número de Fax

Dirección Postal del Empleador (Incluyendo ciudad y país)	Ocupación y deberes	
Números de teléfono	Correo electrónico	Número de Fax

Frecuencia de Pago		Modo de Pago		
Anual	Semestral	Cheque	Tarjeta de Crédito*	Transferencia Bancaria*
Mensual	Trimestral	*Un cargo de \$15 aplica para transferencias bancarias • Si está pagando con tarjeta de crédito, por favor complete la autorización de pago con tarjeta de crédito que aparece en la pagina 3		
Selección de plan (escoja uno)				Monto de Beneficio de Incapacidad
Plan de reemplazo de ingresos por 30-meses		Básico	con Devolución de Prima	\$
Plan de reemplazo de ingresos por 60-meses		Básico	con Devolución de Prima	\$
Plan de reemplazo de ingresos hasta la edad de 65 años		con cobertura ocupacional sin cobertura ocupacional		\$
Plan de reemplazo de ingresos para Profesionales		Básico	con Devolución de Prima	\$

Prima Anual
Mensual (.092+ \$2) Semestral (.55) Trimestral (.275) x Prima Anual
Prima a pagar:

Si usted ya es cliente, por favor, indique su número de cliente.

Número de Cliente:

1. A alguno de los solicitantes se le ha recomendado, o ha recibido consultas, cuidado o tratamiento o toma algún medicamento para: (Por favor circule cada condición)

a	El corazón o el sistema circulatorio (incluyendo pero no limitado a infarto, presión arterial alta, angina, fiebre reumática, defecto cardíaco, arritmias, enfermedades de las venas o arterias) y/o cualquier síntoma relacionado con el sistema circulatorio o el corazón que, si referido a un médico, hubiera resultado en un diagnóstico.
b	El sistema respiratorio (incluyendo pero no limitado a desviación del tabique, sinusitis, pólipos o quistes, asma, bronquitis, enfisema, bronquiectasia, tuberculosis) y/o cualquier otro síntoma relacionado con el sistema respiratorio que, si referido a un médico, resultaría en un diagnóstico.
c	El sistema gastrointestinal (incluyendo pero no limitado a reflujo gastroesofágico, hernia hiatal, gastritis, úlcera gástrica o duodenal, duodenitis, diverticulosis, diverticulitis, pólipos, colitis, enfermedades de la vesícula biliar) y/o cualquier otro síntoma relacionado con el sistema gastrointestinal que, si referido a un médico, resultaría en un diagnóstico.
d	El sistema urinario (incluyendo, pero no limitado a enfermedades del riñón, cálculos, infecciones, enfermedades del tracto urinario, trastornos de la vejiga, enfermedades de la próstata) y/o cualquier otro síntoma relacionado con el sistema urinario que, si referido a un médico, resultaría en un diagnóstico.
e	El sistema músculo-esquelético (incluyendo pero no limitado a trastornos de la espalda, de la médula espinal, reumatismo, artritis/artrosis, gota, lumbago, osteoporosis, deformidad, disco herniado) y/o cualquier otro síntoma que, si referido a un médico, resultaría en un diagnóstico.
f	Trastornos neoplásticos, tumores benignos o malignos (cancer).
g	El sistema endocrino (incluyendo pero no limitado a enfermedades de la glándula hipófisis, tiroides, paratiroides, diabetes, trastornos de los ovarios y de las glándulas suprarrenales) y/o cualquier otro síntoma que, si referido a un médico, resultaría en un diagnóstico.
h	Enfermedades transmitidas sexualmente o Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) o CRS (complejo relacionado al SIDA).
i	El sistema reproductivo femenino (incluyendo pero no limitado a trastornos del ciclo menstrual, ovarios, útero incluyendo el cuello uterino, endometriosis, enfermedades de inflamación pélvica, trompas de Falopio, vagina, abortos, parto por cesárea). Trastornos de las mamas (incluyendo pero no limitado a enfermedades fibroquísticas, tumor) y/o cualquier otro síntoma relacionado con el sistema reproductivo femenino o mamas que, si referido a un médico, resultaría en un diagnóstico.
j	Sistema reproductivo masculino (incluyendo pero no limitado a la próstata, testículos, pene) y/o cualquier otro síntoma relacionado con el sistema reproductivo masculino que, si referido a un médico resultaría en un diagnóstico.
k	El sistema neurológico (incluyendo pero no limitado a convulsiones, epilepsia, parálisis, esclerosis múltiple, infarto cerebral, enfermedad de Alzheimer, demencia) y/o cualquier otro síntoma relacionado con el sistema neurológico que, si referido a un médico resultaría en un diagnóstico.
l	Trastornos del hígado (incluyendo pero no limitado a hígado graso, cirrosis, hepatitis) y/o cualquier otro síntoma relacionado con el hígado que, si referido a un médico, resultaría en un diagnóstico.
m	Cualquier trastorno de la piel (incluyendo pero no limitado a acné, psoriasis, melanomas, carcinomas).
n	El sistema hematológico y linfático (incluyendo pero no limitado a anemia, leucemias, mieloma múltiple, Macroglobulinemia de Waldenstrom, trastornos del bazo y otros trastornos de la sangre y coagulación) y/o cualquier otro síntoma relacionado con el sistema hematológico y linfático que, si referido a un médico, resultaría en un diagnóstico.
o	Enfermedades del colágeno (incluyendo pero no limitado a artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia y otros).

2. Cualquier persona propuesta para cobertura:

a	¿Ha tenido los exámenes médicos de rutina o chequeos médicos?
	¿Tuvo anomalías?
b	¿Ha sido paciente en un hospital, clínica o sanatorio?

3. ¿Cualquier persona propuesta para cobertura esta en estado de gestacion?

4. ¿A cualquier persona propuesta para cobertura se le ha recomendado alguna cirugía que no ha sido realizada?

5. ¿Esta actualmente tomando medicinas o bajo tratamiento medico o le han advertido de la posibilidad o necesidad de tratamiento futuro?

6. ¿Es o ha sido adicto a drogas o alcohol; usa o ha usado drogas sin prescripción médica; está o ha estado participando en un programa de rehabilitación por adicción o abuso de sustancias intoxicantes?

7. ¿Ha recibido tratamiento o ha sido diagnosticado con cualquier trastorno, condición, o está tomando medicinas prescritas para cualquier condición no mencionada anteriormente?

8. ¿Alguna persona solicitando cobertura ha sido rechazada, pospuesta o clasificada en alguna forma? Favor de detallar.

9. Alguna persona solicitando cobertura ha estado involucrada en la operación de una nave aérea o envuelta en algun deporte riesgoso? Favor de detallar.

Entrevista telefónica

Le informamos que puede ser contactado por un representante para verificar su historial de salud.

El mejor momento para llamar sería: _____ a.m. _____ p.m. Números de telefono: _____

Nombre impreso del solicitante: _____

Firma de solicitante: _____ Fecha _____ / _____ / _____
 Día Mes Año

Parte 2 Detalles *dar más detalles a continuación*

Si contestó "Sí" a alguna de las preguntas de la página anterior, por favor, complete este formulario e indique la información requerida a continuación.

No.	Nombre del solicitante	Diagnóstico, tratamientos, resultados	Fecha <small>Día/Mes/Año</small>	Detalles del médico/Hospital

<i>Información del médico personal o familiar</i>	
Nombre:	Teléfono:
Dirección:	

<i>Designación de Beneficiario</i>	
<i>Todos los beneficios se asignan al beneficiario designado.</i>	<i>En el evento de la muerte del beneficiario.</i>
Beneficiario:	Beneficiario Contingente:
Nombre:	Nombre:
Fecha de nacimiento: <i>Día/Mes/Año</i>	Fecha de nacimiento: <i>Día/Mes/Año</i>
Dirección:	Dirección:
Teléfono:	Teléfono:

<i>Autorización de pago con tarjeta de crédito</i>				
Nombre como aparece en la tarjeta de crédito:				
Dirección de facturación:				
VISA MASTERCARD AMERICAN EXPRESS DINERS DISCOVER				
Número de tarjeta de crédito: ____ / ____ / ____ / ____		Fecha de vencimiento: ____ / ____	Monto a pagar: USD \$ _____	
El que suscribe, autoriza a MWG International, a cobrar de esta tarjeta de crédito la cantidad especificada, relacionada con el pago de primas de seguro. Entiendo que cada año para poder renovar mi póliza debo completar una nueva autorización de pago con tarjeta de crédito y que de no enviar a la compañía dicha autorización de pago, podría resultar en la cancelación de mi póliza.				
Firma _____			Fecha _____ / _____ / _____ Día Mes Año	

<i>Pagos con cheque</i>
Por favor haga los cheques pagaderos a MWAll Premium Trust. Al firmar este formulario, reconozco y entiendo que esta es una transacción electrónica en la cual los fondos pueden retirarse de mi cuenta. Si el pago es rechazado por no tener suficientes fondos (NSF), un cargo bancario de \$50 dólares será debitado de la próxima transacción.

Declaración de Solicitante

Certifico que todas las respuestas y declaraciones contenidas en esta solicitud son verdaderas, completas y correctas y entiendo y estoy de acuerdo en que cualquier error u omisión en las respuestas constituirán razón para que la Compañía rechace una reclamación, e invalide o cancele cualquiera de las coberturas de seguro solicitadas. En caso de que la Compañía cancele o en alguna forma invalide la cobertura de seguro solicitada como resultado de no haber declarado una historia médica anterior o condiciones médicas pre-existentes, la Compañía se reserva el derecho a recuperar del solicitante todos los costos y honorarios incurridos en la investigación razonable de esos asuntos no totalmente declarados.

Entiendo que el agente o la agencia 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 por escrito en la solicitud. También entiendo que esta solicitud será parte de la póliza de seguro a emitirse y que la Compañía utilizará la información contenida en la misma para determinar si la póliza de seguro solicitada será emitida o no.

Comprendo que el agente o la agencia que recibe esta solicitud de mí parte, es un representante independiente, que actúa a mi favor y no para ninguna Administradora o compañía de Seguros ofreciendo este seguro. 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 testigo fallara, ahora o en el futuro, en transmitir o comunicar cualquier documentación o fondos a la administradora, que fuera destinado a mí y/o cualquier documentación o fondos de mí para la administradora. Todos los pagos de prima deberán realizarse a nombre de la Compañía, La Compañía no es responsable por pagos realizados en efectivo o pagaderos a un tercero.

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 contenidas. 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.

Se entiende que si el Asegurado cambia los deberes ocupacionales de la ocupación original revelada a la Compañía sin notificar primero a los reaseguradores y obtener su acuerdo por escrito para la modificación del seguro (sujeto al pago de una prima adicional razonable según indiquen los reaseguradores en consideración con el acuerdo), entonces no se pagará ningún reclamo con respecto a cualquier Accidente que surja de, o en el curso de tal ocupación.

Firma de solicitante: _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Autorización Médica

Por este medio autorizo a cualquier médico, practicante, hospital, clínica o cualquier institución médica o relacionada con la medicina, el Buró de Informaciones Médicas (Medical Information Bureau, Inc. MIB) y otras organizaciones, agencias de reportes al consumidor, compañía de seguro o reaseguro, institución o persona que tenga conocimiento de mí o de mi salud, incluyendo a cualquier miembro de mi familia, a facilitar a MWG International, en su carácter de administradores 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. Entiendo que la información obtenida mediante el uso de esta autorización será utilizada por el asegurador que ofrece el seguro y sus reaseguradores para determinar la elegibilidad y pago de reclamo de los beneficios bajo esta póliza. 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 de solicitante: _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Yo personalmente solicité y completé esta solicitud. Todas las preguntas médicas y no-médicas fueron preguntadas a cada solicitante y sus respuestas fueron escritas con su puño y letra.

Firma de agente/Testigo: _____ Código de agente: _____

Correo electrónico de agente: _____ Fecha _____ / _____ / _____
Día Mes Año

Envíe la solicitud completada a:
newbuss@morganwhiteintl.com