



Solicitud de Portafolio Internacional Global 360 (Cobertura Médica Individual)

NOTA: El envío de su solicitud en línea proporcionará la respuesta más rápida. Por favor, contacte su agente para más detalles.

1. Para tener más información sobre los productos, por favor revise las muestras de los folletos y las pólizas.
2. Usted es responsable de completar esta solicitud y es el único responsable de su precisión y de que la misma se encuentre completa. Todas las preguntas deben ser respondidas en su totalidad; todas las firmas y fechas deben ser incluidas donde se indique; de lo contrario la solicitud puede ser devuelta, resultando en un retraso en el procesamiento y, posiblemente, un retraso en la fecha de vigencia de la cobertura.
3. Escriba o imprima claramente utilizando tinta azul o negra.
4. Envíe la solicitud completa a underwriting@gbg.com.

A. AGENTE		
Nombre del Agente:	Código del Agente:	
Dirección del Agente :		
B-1. SELECCIÓN DE PÓLIZA		
<input type="checkbox"/> GLOBAL SUPERIOR <input type="checkbox"/> GLOBAL FREEDOM <input type="checkbox"/> GLOBAL PREFERRED <input type="checkbox"/> GLOBAL SECURITY <input type="checkbox"/> GLOBAL INPATIENT Todos los planos ofrecen cobertura mundial excepto Global Inpatient (EE.UU. y América Latina sólo), seleccionar el Plan y Anexo Opcional (si aplica):		
Plan	Deducible Dentro de País de residencia	Deducible Fuera del país de residencia
<input type="checkbox"/> Plan 1 (Solo Global Inpatient)	0	1,000
<input type="checkbox"/> Plan 2	1,000	2,000
<input type="checkbox"/> Plan 3	2,000	3,000
<input type="checkbox"/> Plan 4	5,000	5,000
<input type="checkbox"/> Plan 5	10,000	10,000
<input type="checkbox"/> Plan 6	20,000	20,000
Agregar Complicaciones del Embarazo y Anexo Opcional de nacimiento prematuro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anexo Opcional ofrece \$ 500,000 máximo de por vida para Global Superior y Global Preferred con los planes 4, 5 y 6. Anexo Opcional ofrece \$ 500,000 máximo de por vida para Global Freedom y Global Security con los planes 2, 3, 4, 5 y 6. Nota: Global Superior incluye 100% de cobertura en base a UCR) gastos usuales, razonables y de costumbre del lugar de tratamiento) hasta el límite de póliza en los planes 2 y 3. Global Freedom incluye \$ 1,000,000 Máximo de por Vida para los planes 2 y 3. Global Security and Global Preferred incluyen \$ 100,000 máximo de por vida para los planos 2 y 3. Rider no esta disponible para el plan Global Inpatient.		
Agregar Anexo Opcional de procedimientos de trasplante? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (750,000 dolares de beneficios; disponible en Global Security y Global Inpatient.)		
Frecuencia de facturación: <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral		
B-2. SEGURO DE VIDA		
Beneficiarios del seguro de Vida y de las solicitudes de reembolso pendientes Asegurado Principal es beneficiario del cónyuge / Dependientes. No se incluye con Global Inpatient.		
Apellidos:	Nombres:	
Dirección:		
Código Postal:	País:	
Relación	% del Beneficio:	
C. SOLICITANTE		
Apellidos	Nombres:	
Fecha de Nacimiento (MM / DD / AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Peso: <input type="checkbox"/> kgs <input type="checkbox"/> lbs	Altura: <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> ft	
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja Domestica <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		
País de residencia:		
¿Ha estado cubierto por GBG antes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Fecha de Vigencia solicitada para la Póliza (MM/DD/AAAA; Sujeta a aprobación por parte de GBG):		
Dirección:		
Código Postal:	País:	
Teléfono	Correo electrónico:	



D. OCUPACIÓN DEL SOLICITANTE

Empleador:

Título y ocupación del solicitante (proporcionar una descripción completa):

Fecha de contratación (DD / MM / AAAA): Horas Semanales:

Salario anual (Especificar moneda):

Dirección:

Código Postal: País:

E. DEPENDIENTES

Relación SPOUSE	Apellidos	Nombres:
Fecha de Nacimiento (MM / DD / AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Peso: <input type="checkbox"/> kgs <input type="checkbox"/> lbs	Altura: <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> ft	
Spouse's Occupation:	Spouse's País de residencia:	
Relación NIÑO	Apellidos	Nombres:
Fecha de Nacimiento (MM / DD / AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Peso: <input type="checkbox"/> kgs <input type="checkbox"/> lbs	Altura: <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> ft	
Relación NIÑO	Apellidos	Nombres:
Fecha de Nacimiento (MM / DD / AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Peso: <input type="checkbox"/> kgs <input type="checkbox"/> lbs	Altura: <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> ft	
Relación NIÑO	Apellidos	Nombres:
Fecha de Nacimiento (MM / DD / AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Peso: <input type="checkbox"/> kgs <input type="checkbox"/> lbs	Altura: <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> ft	
Relación	Apellidos	Nombres:
Fecha de Nacimiento (MM / DD / AAAA):	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Peso: <input type="checkbox"/> kgs <input type="checkbox"/> lbs	Altura: <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> ft	

F. VIAJES: planes de viajes anticipados para los próximos 12 meses.

Destino	Frecuencia	Duración	Objeto



G-1. CUESTIONARIO MÉDICO: Complete para todos los miembros que solicitan la cobertura.							
1) ¿Usted o alguno de sus dependientes (s) recibió tratamiento, fue diagnosticado, tuvo pruebas o exámenes, fue hospitalizado, o recomendado para el tratamiento de cualquiera de los siguientes?							
1A) Ataques o convulsiones; parálisis; la esclerosis múltiple; o cualquier trastorno del sistema nervioso central?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
1B) Retraso Mental; cualquier trastorno de la conducta, trastorno de la alimentación; ansiedad, depresión, neurosis o psicosis; psicoterapia; psicológica, o cualquier forma de orientación o terapia?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
1C) Presión arterial alta; ataque cardíaco, derrame cerebral, dolor en el pecho o palpitaciones, soplo, venas varicosas, coágulos de sangre, anemia, o cualquier otra condición de la sangre, corazón o desorden circulatorio?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, la más reciente lectura de presión arterial fue _____ . Fecha registrada _____.							
1D) Asma; enfisema; bronquitis; sinusitis; neumonía; alergias; apnea; o cualquier dificultad respiratoria, enfermedad pulmonar o respiratoria, desorden o condición?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
1E) Colitis; diarrea crónica, o problemas intestinales; hernia; úlcera de estómago o del duodeno; hemorroides o trastorno rectal; hepatitis o enfermedad del hígado; vesícula biliar, páncreas, esófago, o cualquier otro desorden o condición digestiva?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
1F) Cáncer, tumor, quistes, nódulos linfáticos agrandados; psoriasis, queratosis, lesiones de la piel o la boca o cualquier otra enfermedad de la piel?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
1G) Enfermedad o trastorno de la mama; riñón; cálculos renales; vejiga; próstata; PSA anormal, o cualquier otro trastorno urinario o infección?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
1H) Enfermedad o trastorno del sistema genital o reproductivo; herpes, alguna enfermedad de transmisión sexual; endometriosis, papanicolaou anormal?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
1I) ¿Ha recibido tratamiento para infertilidad; tomado algún medicamento, o se le recomendó que buscara tratamiento, medicación, pruebas diagnósticas o cirugía para infertilidad?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
1J) Artritis; reumatismo; gota; ATM (síndrome de la articulación temporomandibular); cualquier lesión o enfermedad o trastorno de la columna vertebral, espalda, mandíbula, huesos, músculos o articulaciones; reemplazo de articulaciones?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
1K) Pituitaria, suprarrenal o desordens de la tiroides; lupus; diabetes?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo a la diabetes, tipo _____ y más reciente lectura de azúcar en sangre _____ . Fecha registrada _____.							
1L) Cataratas; glaucoma; o cualquier enfermedad de los ojos; pérdida auditiva; o cualquier desorden de oído, nariz o garganta?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
1M) Alcoholismo; o abuso o dependencia al alcohol, drogas o sustancias?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
1N) Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), complejo asociado al SIDA (ARC), VIH positivo, u otros trastornos del sistema inmune?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2) ¿Le han recomendado someterse a un procedimiento quirúrgico, hospitalización, o someterse a pruebas o exámenes que aún no se han completado?							
3) ¿Está actualmente embarazada?? Fecha prevista de parto: _____.						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3A) En caso afirmativo, ¿hay antecedentes de complicaciones con embarazos anteriores o se prevé complicaciones con este embarazo?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3B) ¿Es este embarazo el resultado de un tratamiento de infertilidad?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4) ¿Ha ganado o perdido más de 12 kilos o 25 libras durante los últimos 12 meses?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5) ¿Alguna vez a sido rechazado, pospuesto, clasificado, o limitado en algun seguro Vida, Salud o Seguro de Accidentes?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6) ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 10 años por alguna razón?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
7) ¿Ha consultado o se le ha recomendado consultar con un médico, o sufre usted de cualquier alteración física significativa, enfermedad, deformidad o lesión que no haya sido revelada en las preguntas anteriores?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
8) ¿Participa en cualquier profesión, deporte o pasatiempo que podría considerarse peligroso?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
9) ¿Recibe pensión de invalidez o pensión de accidente de trabajo?						<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
G-2. Dé detalles de cada elemento al que respondió afirmativamente en la Sección G-1. Si necesita más espacio, adjunte una hoja (s) adicional, que deberá ser firmada y fechada.							
Nombre del paciente	No de Pregunta	Condición / Diagnóstico	Tratamiento (Cirugías / Medicamentos)	Fechas de tratamiento (De y hasta)	En curso o fecha de Recuperación	Nombre, lugar y número de teléfono del médico / Instalaciones	



G-3. MEDICAMENTOS: Incluya la lista de todos los medicamentos que actualmente esta tomando usted o un miembro de la familia

Nombre del Paciente	Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia	Motivo del uso

H. MÉDICO DE FAMILIA

Médico/Instalaciones/Nombre del proveedor:

Dirección:

Código Postal: País:

Teléfono Correo electrónico:

I. VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA: Por favor, complete el Formulario de Verificación de Residencia para los dependientes si la residencia es distinta a la suya.

Al firmar este formulario de verificación de residencia, Yo, _____, certifico que soy residente de América Latina, que se define como México, Caribe, América Central y América del Sur. Entiendo que los residentes de Brasil, no son elegibles para solicitar este plan.

Cualquier persona cuya residencia permanente está en Brasil o en el exterior de América Latina no es elegible para aplicar a este plan. La residencia permanente se define por el país en el que el asegurado reside la mayor parte de cualquier año calendario o año póliza; o donde el asegurado haya residido más de 180 días durante un período de 12 meses mientras la póliza esté vigente. En caso de un cambio de residencia del asegurado del país de origen a cualquier otro país de América Latina, Estados Unidos, Canadá u otros países fuera de América Latina, la persona debe notificar inmediatamente a la compañía de seguros de su cambio de país, y GBG conservará el derecho de modificar los beneficios y la prima.

Entiendo que debo notificar a Grupo Global Benefits, el asegurador, inmediatamente respecto de cualquier cambio de país de mi residencia, y de cualquier traslado a otro país. El no hacerlo puede dar lugar a la denegación de las reclamaciones, así como la recuperación de cualquier reclamación ya pagada. Yo también notificaré a Global Benefit Group y completaré un Formulario de Verificación de Residencia para mis dependientes (cónyuge / pareja / hijos) si su residencia es diferente a la mía. Informaré el cambio de dirección a través de global360@gbg.com.

J. RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIONES

- Yo, el abajo firmante, declaro entender que las declaraciones hechas en esta solicitud son ciertas y estan completas. Es mi responsabilidad informar a GBG de cualquier cambio en estas declaraciones que se produzcan antes de la finalización de la suscripción de la aplicación. Cualquier error material u omisión intencional hecha en esta solicitud será considerada una tergiversación y puede resultar en una rescisión o terminación de la cobertura, o la negación de las reclamaciones.
- Doy mi consentimiento a GBG para obtener información médica de cualquier médico o centro quién (que) tiene información con respecto a mi historial médico . Esta información se utilizará con el propósito de evaluación de esta Solicitud.
- Estoy de acuerdo en que no habrá ningún seguro en vigencia hasta que GBG acepte / apruebe esta solicitud, por escrito, reciba la prima , y establezca una fecha efectiva de inicio de cobertura.
- Queda entendido y convenido que ningún agente o corredor de GBG tiene la autoridad para modificar esta aplicación, eximir la respuesta a cualquier pregunta, u obligar a GBG en modo alguno mediante cualquier promesa o representación.
- La aceptación de esta cobertura no está garantizada y GBG se reserva el derecho de aceptar o rechazar esta solicitud en base a la información presentada o desarrollados durante el curso de la suscripción. No hay cobertura vigente y GBG no se hace responsable de los siniestros ocurridos durante el proceso de aplicación.
- Entiendo y acepto que si existe una cobertura médica, esta cobertura debe mantenerse en vigor hasta que GBG aprueba esta solicitud y me notifique la fecha de vigencia de la cobertura. Entiendo que ningún agente o corredor de GBG tiene el derecho de aceptar esta solicitud o de obligar cobertura.

Solicitante

Nombre:

Firma:

Fecha:

Envíe la solicitud completa a underwriting@gbg.com.