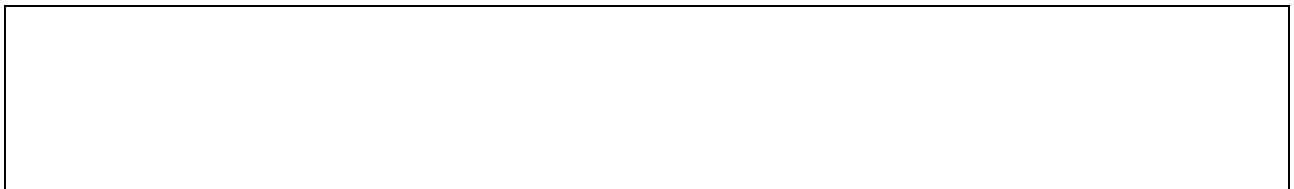




Version en Español

Completa cobertura mundial
Diversidad de Deducibles.
Hasta US \$ 5 millones en beneficios por vida de la poliza.
Cobertura para familias o individuos



Cobertura Estipulada

Máximo de gastos médicos permitidos de por vida:	\$ 5.000.000 por persona asegurada
Deducibles aplicables durante el período de la póliza:	\$500, \$1.000, \$2.500. \$5.000 Pago máximo de 3 deducibles por familia incluidas en la póliza. Cualquiera en el que se incurra en los últimos 30 días antes de la fecha de renovación y que sea aplicado al deducible será transferido y considerado parte del deducible del próximo periodo.
Fuera de los Estados Unidos:	Después del deducible la póliza paga 100% del máximo de los gastos elegibles. La admisión a un hospital debe ser autorizada y/o certificada de acuerdo al programa SRI Utilization Management (U.M.)
Dentro de los Estados Unidos:	Después del deducible la póliza paga 80% de los primeros \$5.000 de los gastos elegibles luego el 100% del máximo de la póliza. Cirugía ambulatoria y cualquier monto mayor a \$1.000 y la admisión a un hospital deben ser autorizados usando el programa SRI Utilization Management (U.M.).
Gastos de Hospital	Habitación semi-privada. Habituales y razonables costos médicos. Prescripciones. Equipos médicos permanentes. Servicio de enfermeras, rayos X, hasta el máximo de la póliza.
Cuidados Intensivos	Sala de cuidados intensivos. Habituales y razonables costos médicos. Prescripciones. Equipos médicos permanentes. Servicio de enfermeras, rayos X, hasta el máximo de la póliza.
Cirugía	Habituales y razonables costos por cirugía, médicos y anestesia, hasta el máximo de la póliza.
Tratamiento Ambulatorio	Habituales y razonables costos por tratamientos de emergencia, cirugía y prescripciones, hasta el máximo de la póliza.
Fisioterapia	Habituales y razonables costos, hasta el máximo de la póliza, cuando es referido por un médico.
Suministros médicos	Habituales y razonables costos, hasta el máximo de la póliza
Ambulancias	Habituales y razonables costos, hasta el máximo de la póliza
Cuidado Infantil	Habituales y razonables costos, hasta el máximo de la póliza limitado a 3 visitas por el período de la póliza
Maternidad	Habituales y razonables costos, hasta \$7.500 por embarazo, deben ser pre-certificados en los primeros 90 días del embarazo. Gastos por embarazo incurridos dentro de los primeros 12 meses de periodo de cobertura de la póliza no serán cubiertos.
Mental y Nervioso	Habituales y razonables costos hasta un máximo de \$10.000 por la vida de la póliza.
Dental	Habituales y razonables costos por reparación y reemplazo de dientes sanos dañados como resultado de un accidente, con un límite de \$600 por el período de la póliza.
Chiropractico	Habituales y razonables costos hasta un máximo de \$5.000 por el período de la póliza, cuando es referido por un médico.
Evacuación médica de emergencia	Límite de \$50,000 cuando viaje fuera del país de residencia. (Aprobación de la Compañía de Asistencia necesaria)
Repatriación	Límite de \$20,000 cuando viaje fuera del país de residencia. (Aprobación de la Compañía de Asistencia necesaria)
Reunión por emergencia médica.	Límite de \$10,000 cuando viaje fuera del país de residencia. (Aprobación de la Compañía de Asistencia necesaria)
Beneficios Preventivos	Máximo de \$50 por chequeos y visitas de rutina. Después de 6 meses de cobertura de la póliza.
Muerte Accidental y Desmembramiento	Suma principal \$10.000 Asegurado y cónyuge hijos dependientes \$2.000 Por transporte común: Suma principal \$40.000 Asegurado y cónyuge, hijos dependientes \$8.000

¿Quién necesita este plan?

Ciudadanos Americanos

Para Ciudadanos Americanos que se trasladen a otros países por razones de trabajo o simplemente a vivir periodos largos de tiempo en otros países, la seguridad y flexibilidad son dos ingredientes primordiales de sus seguros médicos. Existen miles de planes de salud ofrecidos a nivel mundial, pero hay casi las mismas diferencias en la calidad de los planes así como también en las compañías que los ofrecen. Como Ciudadanos Americanos, estamos acostumbrados a cierto grado de estabilidad. ¿Cuándo se selecciona un Seguro de Salud Internacional, la pregunta más importante es “¿Dónde está localizada mi Compañía de Seguros?”. The Reside Prime Worldwide Medical Plan es un programa aprobado y avalado por una Compañía de Seguros Americana. Este programa ha sido cuidadosamente elaborado para ofrecer el mismo nivel de seguridad, que se tiene en los Estados Unidos, a nivel mundial.

Extranjeros

Un plan completo que le garantiza protección en su país de residencia y la libertad de viajar a otros países es difícil de encontrar. Encontrar un plan con estas características y avalado por una compañía Americana es casi imposible. The Reside Prime Worldwide Medical Plan combina la estabilidad y fuerza financiera de una compañía de seguros americana y la flexibilidad de una póliza universal. En los Estados Unidos, las compañías de seguros están reguladas y requieren mantener un nivel financiero específico. Esta supervisión le da a estas compañías un alto nivel de seguridad y confianza entre el público general, esto realza la reputación de las Compañías de Seguros Americanas a nivel mundial.

Elegibilidad

Todos los ciudadanos internacionales pueden aplicar a Reside Prime Worldwide Medical Plan siempre y cuando no hayan cumplido los 75 años de edad y reúna todos los requerimientos mencionados en la solicitud. Dependientes como esposa e hijos pueden aplicar igualmente. Se entiende por dependientes, cónyuge del asegurado principal e hijos naturales o adoptados, solteros mayores de 14 días y menores de 19 años (o menores de 24 años que atiendan a una universidad tiempo completo y dependan del sustento de sus padres)

Aplicar a Reside Prime

Para aplicar a Reside Prime, lo que tiene que hacer es completar la solicitud anexa y cancelar la prima correspondiente, dependiendo de su edad y el deducible seleccionado. Asegúrese de responder todas las preguntas correctamente y de manera legible. La solicitud que se envíe formará parte integral de la póliza una vez aceptado por la Compañía. Una vez que la aplicación completa es recibida por Specialty Risk International, sus analistas evaluarán la aplicación y determinarán si la cobertura será otorgada. Si información médica o personal, adicional, es requerida, Specialty Risk International contactará al solicitante. Si usted es aceptado, recibirá una tarjeta de identificación confirmando la fecha efectiva de la póliza y las condiciones de aceptación, una planilla de reclamos y el certificado que describe las condiciones de la póliza. Si usted no es aceptado SRI retornará la prima recibida sin demora. Specialty Risk International se esforzará por evaluar todas las aplicaciones rápida y eficientemente. Información ilegible en la aplicación y solicitud de documentación adicional retrasará la evaluación y requerirá de más tiempo para su aprobación

Cobertura Mundial

Plan Médico Reside Prime Worldwide está diseñado para cubrir a las personas aseguradas 24 horas al día, siete días a la semana, no importa en qué lugar del mundo se encuentren. Como ciudadano internacional usted no necesitará comprar diversos programas de protección. La cobertura en los Estados Unidos está limitada a seis meses durante cualquiera de los 12 meses del período de la póliza.

Renovación

La cobertura de esta póliza es por 12 meses, sujeta a la recepción del pago de la prima. Esta póliza es garantizada de ser renovable y no puede ser terminada por la Compañía a menos que esta decida cancelar cobertura para el grupo específico de personas donde el asegurado se encuentre clasificado. La póliza es renovable anualmente con la prima de renovación existente a la fecha de la renovación. La renovación también dependerá de la continuación de la elegibilidad de la persona asegurada.

Maternidad

El Plan Médico Reside Prime Worldwide provee al asegurado principal o su cónyuge de beneficios por maternidad y atención al recién nacido siempre y cuando sean elegibles, hasta \$7.500 por embarazo. El embarazo debe ser pre-certificado en los primeros 90 días del mismo. La no pre-certificación del embarazo puede resultar en la reducción del 100% de los beneficios elegibles. El plan no cubre gastos relacionados con embarazo en los primeros 12 meses de cobertura de la póliza

**Primas anuales
Efectivas al 1 de Enero 2002**

EDAD	Si usted elige \$500 de deducible anual		Si usted elige \$1.000 de deducible anual		Si usted elige \$2.500 de deducible anual		Si usted elige \$5.000 de deducible anual	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
14 días a 18 años	\$510	\$510	\$483	\$483	\$391	\$391	\$368	\$368
de 19 a 29	\$1.002	\$1.746	\$895	\$1.554	\$679	\$1.179	\$533	\$920
de 30 a 39	\$1.164	\$2.086	\$1.037	\$1.854	\$789	\$1.407	\$618	\$1.098
de 40 a 44	\$1.334	\$1.675	\$1.188	\$1.490	\$902	\$1.131	\$740	\$941
de 45 a 49	\$1.470	\$1.838	\$1.309	\$1.634	\$993	\$1.240	\$810	\$978
de 50 a 54	\$1.801	\$2.011	\$1.601	\$1.794	\$1.215	\$1.389	\$1.030	\$1.152
de 55 a 59	\$2.210	\$2.210	\$1.967	\$1.964	\$1.490	\$1.490	\$1.255	\$1.267
de 60 a 64	\$3.479	\$2.830	\$2.933	\$2.589	\$2.657	\$2.383	\$2.220	\$1.972
de 65 a 69	\$7.499	\$6.501	\$7.015	\$5.921	\$5.394	\$4.401	\$4.715	\$4.223
de 70 a 74	Contacte a su agente		Contacte a su agente		Contacte a su agente		Contacte a su agente	
Hijo Dependiente*	\$472	\$472	\$369	\$369	\$281	\$281	\$258	\$258

*La prima para hijo dependiente es disponible solamente cuando uno de los padres (representante legal), de un niño entre las edades de 14 días y 18 años (o 24 años si es estudiante a tiempo completo), esta cubierto bajo el mismo programa. No se cobrará la poliza por los dos (2) primeros hijos dependientes entre las edades de 14 días y 9 años si ambos padres estan cubiertos por el mismo programa.

Si el aplicante decide pagar la poliza de forma semestral, trimestral o mensual, debe ser hecho con Visa o MasterCard solamente. SRI cargará automaticamente a la tarjeta de crédito en la fecha que el pago se cumpla. Los factores para el cálculo del pago de las primas a plazo ha ser aplicadas son las siguientes:
 Anual= 1.00 Semestral= .55 Trimestral= .28
 Mensual= .10

AVISO IMPORTANTE: Las primas arriba referidas son aplicables por el periodo inicial de cobertura de 12 meses, despues que el aplicante ha sido aceptado por SRI solamente, SRI se reserva el derecho de incrementar las primas estipuladas, basandose en la condición médica del aplicante al momento de la solicitud y evaluación. Aplicantes con condiciones médicas severas o criticas pueden ser rechazados. SRI informará al aplicante en cada período de renovación el nuevo monto de renovación de la prima para el período subsecuente de cobertura, basandose en la edad y categoria de deducible.

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 SRI.
- 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.

Por favor explique todas las preguntas contestadas afirmativamente en la sección 2 “preguntas sobre el historial médico del solicitante (use una hoja adicional de ser necesario. Respuestas incompletas pueden demorar el proceso.

Nombre de la persona Número de la pregunta	Enfermedad / diagnóstico, tratamiento médico prescrito y resultados del tratamiento	Fechas de las visitas duración	Doctor / Hospital, Dirección y número de teléfono

Información acerca de otra póliza o póliza anterior

1. Ha sido usted cubierto por otro plan médico durante el año pasado Sí No
 2. Estará usted cubierto por otro plan médico(individual o colectivo)mientras este cubierto por este MEGA Plan? Sí No

3. Para todas las respuestas afirmativas por favor dé la siguiente información. Si más de una situación aplica, anexe hoja adicional para describir cada situación. Nombre del asegurado (s): _____ Póliza o certificado No. _____

Tipo de Plan: Plan colectivo del Conyugue Otro plan colectivo Plan individual

Compañía de seguros: Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Fecha efectiva de cobertura: _____ Si la cobertura termino indique la fecha: _____

Razón de la terminación: Dejo el empleo Empleador cancelo el plan No se renovó el plan

Sección 4. Declaración y solicitud de inscripción/ Autorización para dar información médica:

Declaro que aplico a la cobertura otorgada bajo Reside Prime y otorgada por Certain Underwriters at Lloyds London Declaro que toda la información en esta aplicación y cualquier anexo es completa y verdadera en el mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que la compañía de seguros Lloyd's of London confiará en la información contenida en esta aplicación para determinar si la cobertura será otorgada y que cualquier información incorrecta o incompleta anulará este seguro.

Entiendo que los beneficios médicos pueden ser limitados o excluidos por condiciones por las cuales cualquier asegurado ha recibido diagnóstico o tratamiento médico o tomado algún medicamento, antes de su fecha efectiva de cobertura, de acuerdo a las limitaciones y condiciones pre-existente en el plan.

AUTORIZO a cualquier médico, hospital, clínica o cualquier otra dependencia médica, “Medical Information Bureau, Inc. (MIB, Inc)”, agencias de reporte de consumos, compañías de seguros y reaseguros o empleadores que tengan alguna información mía o de mis dependientes a suministrar esta información a la compañía de seguros Lloyds of London o a sus representantes legales. La naturaleza de esta información incluye: (1) condición (es) física(s), (2) historia(s) de salud, (3) distracción(es), (4) edad(es), (5) ocupación(es), y (6) características personales. Esta autorización incluye información sobre (1) drogas, (2) alcoholismo, (3) enfermedades mentales, o (4) enfermedades transmisibles.

YO ENTIENDO que la información obtenida por el uso de esta autorización será usada por El Administrador para determinar la elegibilidad de beneficios. TAMBIÉN AUTORIZO AL ADMINISTRADOR para dar cualquier información obtenida a las compañías de reaseguros, “Medical Information Bureau” o cualquier otra persona u organización que realice operaciones o servicios legales referentes a mi aplicación, reclamos o cualquier otro uso que yo autorice.

ESTOY DE ACUERDO en que esta autorización será valida por 2 años y medio (2) desde la fecha abajo indicada. Puedo solicitar una copia de esta Autorización. También admito que he leído los AVISOS IMPORTANTES números 1,2,3,4, y 5 que se me han dado. Estoy de acuerdo que una copia de esta autorización será valida como el original.

ENTIENDO que como residente de una jurisdicción extranjera, puedo estar sujeto a leyes foráneas con respecto al tipo y forma de cobertura en la cual me estoy inscribiendo. También entiendo y estoy de acuerdo que la responsabilidad de adaptar estas leyes a este plan de seguros recaerá solamente sobre mí.

ENTIENDO que la fecha efectiva estará en concordancia con los términos de la fecha efectiva aplicable y la aceptación de SRI. Y también ENTIENDO que la cobertura en los Estados Unidos esta limitada a 6 meses durante cualquiera de los doce meses de cobertura de la póliza.

TAMBIÉN ENTIENDO que cualquier persona que, con intenciones de fraude o sabiendo que el o ella esta facilitando un fraude, contra un asegurador, someta una aplicación o envíe un reclamo conteniendo falsa o engañosa información puede ser culpable de fraude.

FIRMA DEL PROPUESTO ASEGURADO O GUARDIAN:

Fecha

FIRMA DEL CONYUGUE DEL PROPUESTO ASEGURADO (si aplica):

Fecha

Sección 5 Especificaciones del Programa

Por Favor Seleccione su Deducible \$500 \$1000 \$2500 \$5000

Fecha Efectiva Solicitada: ____/____/____ (mes/día/año)

Para beneficios por muerte accidental y desmembramiento el beneficiario en el certificado debe ser el asegurado principal. Si este beneficio es utilizado por el asegurado principal, el beneficiario será su patrimonio. Si esto no es aceptable, por favor mencione el beneficiario.: _____

Sección 6 Cálculo de la Prima y los Pagos

Prima Anual para cada solicitante:	_____
Factor de plazo de pago (del cuadro de la derecha)	X _____
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 # 3366 _____ Nombre del Agente: __Jeff Motsco _____

Nombre de la compañía: _____ TheInsuranceNet.com _____

Dirección: _____ 5965 Sandy Ridge _____

Ciudad: _____ Elkridge _____ Estado: _____ MD _____ Código Postal: _____ 21075 _____

Teléfono: _____ 410-796-7497 _____ Fax: _____ 410-796-7456 _____

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:

Seguro-Medico.com
5965 Sandy Ridge
Elkridge, MD 21075
Fax: 410-796-7456 Toll-Free Fax: 877-877-5801

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.