

## SOLICITUD DE AFILIACIÓN | Plan Global Health University

### TIPO DE NOVEDAD

Emisión   
  Inclusión titular   
  Inclusión dependiente   
  Inclusión de coberturas opcionales   
  Cambio de dependiente a titular

### OPCIÓN SOLICITADA

Modalidad del plan   
  Individual   
  Familiar   
  Colectivo  
 Frecuencia de pago   
  Anual   
  Semestral   
  Trimestral   
  Mensual   
  Pago Único

### DATOS DEL PROGRAMA

Universidad \_\_\_\_\_ Nombre del programa de estudio \_\_\_\_\_  
 Ubicación (Dirección, Ciudad, País) \_\_\_\_\_  
 Fecha Inicio del Programa \_\_\_\_\_ Fecha Fin del Programa \_\_\_\_\_

### COBERTURAS OPCIONALES

Enfermedades Mayores   
  US\$10,000   
  Titular   
  Titular y cónyuge

### DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre completo \_\_\_\_\_ Ocupación/Naturaleza del negocio \_\_\_\_\_  
 RNC/Cédula \_\_\_\_\_ Persona de contacto \_\_\_\_\_  
 Calle y número \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 Nombre de edificio y/o plaza \_\_\_\_\_ Apart. No. \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

### DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Lugar de trabajo \_\_\_\_\_  
 Primer apellido \_\_\_\_\_ Segundo apellido \_\_\_\_\_  
 Estado civil   
  Soltero   
  Casado   
 Sexo   
  M   
  F   
 Fecha de nacimiento (día, mes y año) \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Peso (libras) \_\_\_\_\_ Estatura (pies/pulg.) \_\_\_\_\_ Documento identificación   
  Cédula   
  Pasaporte  
 Nacionalidad \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_  
 Calle y número \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_  
 Nombre condominio y/o edificio \_\_\_\_\_ Apart. No. \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_  
 Teléfono casa \_\_\_\_\_ Teléfono oficina \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico \_\_\_\_\_ Código millas Advantage \_\_\_\_\_

### DEPENDIENTES

Nombre completo	Cédula o pasaporte	Parentesco	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Sexo (F/M)	Estatura (pies/pulg.)	Peso (libras)

### SECCIÓN 1

1. Sí  No  ¿Gozan usted y sus dependientes de buena salud?
2. Sí  No  ¿Se le ha recomendado y/o indicado a usted y/o algún dependiente de los que solicitan cobertura, que se examine, realice tratamiento médico, quirúrgico y/o de cualquier tipo, o ha experimentado síntomas o manifestaciones, se le ha diagnosticado o se ha examinado de cualquier afección médica, física, mental o nerviosa?
3. Sí  No  ¿Tiene usted y/o algún dependiente de los que solicitan cobertura, programada y/o pendiente alguna cirugía, tratamiento o examen para cualquier afección médica, física, mental o nerviosa?
4. Sí  No  ¿Padece usted o alguno de sus dependientes alguna enfermedad, lesión, condición o afección de cualquier tipo?

**SI HA CONSTESTADO AFIRMATIVAMENTE ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, ESPECIFIQUE:**

No. de pregunta	Nombre del paciente	Diagnóstico	Tratamiento o intervención	Fecha de diagnóstico / tratamiento	Estado Actual	Nombre del Médico o Clínica

**FAVOR LEER DETENIDAMENTE**

1. Yo, el Solicitante de Afiliación, por la presente declaro bajo la fe del juramento y certifico que he leído todas las preguntas reflejadas en esta solicitud, y que las respuestas a las mismas y las informaciones y afirmaciones establecidas en esta son ciertas, verdaderas y completas, y constituyen la condición esencial para que La Compañía evalúe la suscripción del contrato de aseguramiento y consienta en suscribir el contrato y emitir el (los) Plan(es) correspondiente(s) en virtud de las especificaciones contenidas en esta solicitud. Por la razón antes expuesta, convengo que cualquier omisión, inexactitud, falsedad o reticencia contenida en las informaciones suministradas por mí dará lugar a la nulidad del contrato y su correspondiente rescisión sin perjuicio de la terminación por incumplimiento y otras responsabilidades que pudieran derivarse por este hecho, sin que ello conlleve responsabilidad para La Compañía. De igual modo, convengo que en caso de que La Compañía acepte esta solicitud, el(los) Plan(es) de Salud contratado(s) surtirá(n) efecto a partir de la fecha de afiliación establecida en el carnet de afiliación, previo al cumplimiento de las condiciones de La Compañía del contrato de aseguramiento

2. La Compañía se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de afiliación.

3. Yo, el Solicitante de Afiliación, autorizo a cualquier médico profesional, hospital o clínica, agencia gubernamental u otra PSS, a proveer a La Compañía las informaciones que le sean requeridas sobre mi estado de salud, cuidado o tratamiento o el de mis dependientes, incluyendo copias de registros, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. De igual modo, autorizo a La Compañía a suministrar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesaria a los fines de evaluación de crédito, únicamente para fines de evaluación de la presente Solicitud de Afiliación, al tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cualesquiera acciones y demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por las causas antes citadas.

---

 Firma titular afiliado

---

 Firma y sello contratante

---

 Fecha

---

 Fecha
**DATOS COMERCIALES PARA SER COMPUTADOS POR INTERMEDIARIOS**


---

 Firma Intermediario

---

 Código

---

 Fecha (día, mes y año)

---

 Gerente de Negocios

---

 Gerente de Salud Internacional

This document contains PRIVILEGED AND CONFIDENTIAL INFORMATION, including but not limited to health Information that is privileged and legally protected from disclosure by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), and it is intended only for the address(es) named above. If you are not the intended recipient of this document, or the employee or agent responsible for delivering it to the intended recipient, you are hereby notified that any dissemination or copying of this document is strictly prohibited. If you have received this transmission in error, please notify our office by telephone and return the original document to us by mail to the following address: Av. Lope de Vega No. 36, Phone: 809-476-3535, Fax: 809-476-3590, E-mail: serviciosplatinum@humano.com.do