

SOLICITUD DE INGRESO VIDA COLECTIVO

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre del Contratante _____ Póliza No. _____ RNC _____
 Dirección (calle y número) _____ Sector _____ Ciudad _____
 Plan(es) seleccionado(s) _____ Suma asegurada _____

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres _____ Apellidos _____
 Cédula/Pasaporte _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Sexo: ☐ F ☐ M
 Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado Nacionalidad _____ Peso (lb) _____ Estatura (pies-pulg) _____ Es usted: ☐ Derecho ☐ Izquierdo
 Fecha de ingreso a la compañía Día _____ Mes _____ Año _____ Ocupación exacta _____ Salario mensual RD\$ _____
 Dirección (calle y número) _____ Sector _____ Ciudad _____
 Teléfono residencial _____ Teléfono oficina _____
 Celular _____ Correo electrónico _____

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

Nombres y Apellidos	Sexo	Cédula/Pasaporte	Fecha de nacimiento			Parentesco	Porcentaje
			Día	Mes	Año		

DECLARACIÓN DE SALUD

Complete estas preguntas de salud, subrayando la condición o enfermedad y marcando **Sí** en caso afirmativo y **No** en caso negativo.

- ¿Tiene o tuvo la necesidad de consultar un médico en los últimos meses? ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha estado interno en algún hospital, clínica, sanatorio o centro de salud? ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha recibido alguna transfusión sanguínea? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene alguna deficiencia de órganos, miembros o sentidos? ¿Padece o ha padecido de alguna lesión corporal, o tiene algún defecto físico o deformidad? ☐ Sí ☐ No
- Para mujeres:** ¿Esta usted actualmente embarazada? En caso afirmativo indicar tiempo de gestación y si su embarazo transcurre o no normalmente. ☐ Sí ☐ No
- ¿Padece o ha padecido o está padeciendo de alguna enfermedad de los siguientes sistemas: circulatorio, digestivo, inmunológico, linfático, muscular, nervioso, óseo, reproductor, respiratorio o urinario? ☐ Sí ☐ No
- ¿Tiene alguna enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta? ☐ Sí ☐ No
- ¿Ha padecido o está padeciendo de algunas de estas enfermedades: corazón, pulmón, úlcera, SIDA, VIH, diabetes, tumor, cáncer, riñones, presión arterial elevada/baja, taquicardias, del Sistema Genitourinario en general, enfermedades hepáticas, afecciones de la próstata (si es hombre), trastornos de los órganos femeninos (si es mujer)? ☐ Sí ☐ No
- ¿Padece o ha padecido de desórdenes nerviosos? ☐ Sí ☐ No
- ¿Está usted actualmente bajo algún tratamiento médico? ¿Le ha sido practicada o aconsejada alguna operación quirúrgica? ☐ Sí ☐ No

11. ¿Usa usted o ha usado drogas ilegales o sustancias controladas?

☐ Sí ☐ No
12. ¿Fuma? En caso afirmativo, indicar cantidad de cigarrillos/puros diarios y desde cuando. Si fumaba anteriormente, indicar cantidad de cigarrillos/puros diarios y tiempo sin fumar. _____

☐ Sí ☐ No
13. ¿Consuma bebidas alcohólicas? En caso afirmativo indicar: cantidad _____ frecuencia _____

☐ Sí ☐ No
14. ¿Práctica o ha practicado algún deporte como profesional o aficionado? En caso afirmativo, detallar tipo de deporte y tiempo. _____

☐ Sí ☐ No
15. ¿Padece o ha padecido de alguna otra enfermedad, lesión o condición de salud que no haya sido mencionada en las preguntas anteriores?

☐ Sí ☐ No
16. ¿Considera que se encuentra en buen estado de salud?

☐ Sí ☐ No

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, ESPECIFIQUE:							
No. Pregunta	Diagnóstico	Tratamiento o intervención	Nombre del médico y/o hospital	Fecha del diagnóstico			Estado actual
				Día	Mes	Año	

Humano se reserva el derecho de verificar los datos aquí declarados, a los fines de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro de vida. Una vez dicha solicitud sea aprobada, la cobertura tendrá vigencia a partir de la fecha establecida por Humano. Reconozco que toda la información provista es verdadera y válida, quedando entendido que cualquier declaración o información falsa o inexacta provocará la invalidación de este seguro y de la indemnización al/los beneficiario(s). En adición, autorizo a cualquier profesional médico, institución de cuidados médicos, servicios de seguros, ARS, farmacia, compañía de seguros, empleador o asegurado principal de grupo, a proporcionar cualquier y toda información médica, pasada o presente, relacionada con mi persona o mis beneficiarios, así como la información crediticia necesaria para evaluar mi crédito. Esta información no será revelada bajo ninguna circunstancia a terceros, a excepción de los casos en los que las autoridades gubernamentales y/o judiciales competentes requieran dicha revelación amparados en una norma o ley aplicable.

Firma y fecha del Solicitante

Firma, fecha y sello del Contratante

Firma y fecha del Intermediario

Código

Firma y fecha del Ejecutivo de Negocios

Código

FR-23