

SOLICITUD DE INGRESO VIDA INDIVIDUAL-VIDA MÉDICOS

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre del contratante _____ Persona de contacto _____
 RNC/Cédula _____ Ocupación /Naturaleza del negocio _____ Código afiliación Humano _____
 Dirección calle / avenida _____ Número _____ Edificio o plaza _____
 Sector _____ Ciudad / municipio _____
 Teléfono casa _____ Oficina _____ Celular _____ Correo electrónico _____

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres _____ Apellidos _____
 No. Documento identificación _____ Tipo de documento Cédula Pasaporte Fecha de nacimiento Día ____ Mes ____ Año _____
 Sexo F M Nacionalidad _____ Peso (lb) _____ Estatura _____ pies _____ pulgadas Es usted Diestro Zurdo
 Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Unión Libre Ocupación exacta _____ Ingreso mensual RD\$ _____
 Dirección (calle / número) _____ Sector _____ Ciudad / municipio _____
 Teléfono casa _____ Oficina _____ Celular _____ Correo electrónico _____

SELECCIONAR LA SUMA ASEGURADA EN RD\$

Coberturas	Opción I	Opción II	Opción III	Opción IV	Opción V	Opción VI
VIDA	RD\$1,000,000	RD\$2,000,000	RD\$3,000,000	RD\$4,000,000	RD\$4,000,000	RD\$5,000,000
Anticipo por enfermedad terminal	RD\$500,000	RD\$500,000	RD\$500,000	RD\$500,000	RD\$500,000	RD\$500,000
Desmembramiento	RD\$1,000,000	RD\$2,000,000	RD\$3,000,000	RD\$4,000,000	RD\$4,000,000	RD\$5,000,000
Pago anticipado del capital por incapacidad total y permanente - PACI	RD\$1,000,000	RD\$2,000,000	RD\$3,000,000	RD\$4,000,000	RD\$4,000,000	RD\$5,000,000
Renta mensual por Inc. Temporal por accidente/ Enfermedad Mayores, Cirugías y enfermedades comunes que requieran hospitalización	RD\$60,000	RD\$80,000	RD\$120,000	RD\$120,000	RD\$250,000	RD\$250,000
Renta diaria por hospitalización	RD\$2,500	RD\$3,500	RD\$4,500	RD\$5,500	RD\$5,500	RD\$5,500

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? ¿Ha estado interno en algún hospital, clínica, sanatorio o centro de salud? Sí No
- ¿Se ha realizado electrocardiogramas, radiografías, ecocardiograma, tomografías, resonancias u otro procedimiento diagnóstico recientemente? Sí No
- ¿Le ha sido practicada o aconsejada alguna operación quirúrgica? Sí No
- ¿Ha recibido alguna transfusión sanguínea? Sí No
- ¿Tiene alguna deficiencia de órganos, miembros o sentidos? Sí No
- Para mujeres: ¿Está usted actualmente embarazada?
 En caso afirmativo indicar el tiempo de gestación y si su embarazo transcurre o no normalmente. _____ Sí No
- ¿Ha padecido o esta padeciendo de algunas de estas enfermedades: Hipertensión, diabetes, colesterol elevado, trastorno de la glándula tiroideas, gastritis, úlceras pépticas, colitis, pancreatitis, hepatitis u otro trastorno hepático, tos, asma, SIDA, VIH, quistes, nódulos o tumores de mama, útero u ovario, trastornos prostáticos, cálculos renales, insuficiencia renal aguda o crónica, cáncer, migraña, vértigo, enfermedad visual, nasal o auditiva, enfermedades articulares, hernia discal, desviaciones de la columna vertebral, Evento cerebro vascular, trastorno del estado de ánimo? Sí No

DECLARACIÓN DE SALUD

8. ¿Padece alguna otra enfermedad o condición que no haya sido mencionada anteriormente? Sí No
9. ¿Esta usted actualmente bajo algún tratamiento médico? Sí No
10. ¿Usa este o ha usado drogas ilegales o sustancias controladas? Sí No
11. ¿Fuma? En caso afirmativo indicar cantidad al día _____ y desde cuando _____ Sí No
12. ¿Consumo bebidas alcohólicas? En caso afirmativo indicar cantidad _____ y frecuencia _____ Sí No
13. ¿Considera que se encuentra en buen estado de salud? Sí No
14. ¿Es usted militar? Activo Retirado. Sí No

INFORMACIÓN DE HISTORIA FAMILIAR (PADRES, ABUELOS, TÍOS, HERMANOS)

15. ¿Han existido o existen en su familia casos de diabetes, presión arterial, cáncer, hígado, riñones, demencia, enfermedad del sistema nervioso, enfermedad del corazón, enfermedades del aparato circulatorio incluyendo hipertensión, enfermedades infecciosas como tuberculosis pulmonar, SIDA, o cualquier otra enfermedad o condición considerada importante y no mencionada anteriormente? En caso afirmativo, indique la enfermedad o padecimiento y el familiar afectado _____ Sí No

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, ESPECIFIQUE

No. Pregunta	Diagnóstico	Tratamiento o intervención	Estado actual	Fecha Diagnóstico			Nombre del médico y/o hospital
				Día	Mes	Año	

BENEFICIARIOS

Nombres y apellidos	Sexo F/M	Cédula / Pasaporte	Fecha de nacimiento			Parentesco	Porcentaje %
			Día	Mes	Año		

IMPORTANTE

1. Yo, el Solicitante del Seguro de Vida Individual, 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 Humano Seguros, S.A. (en adelante "la aseguradora") evalúe y consienta suscribir el correspondiente contrato de aseguramiento y proceda con la emisión de la póliza solicitada en virtud de las especificaciones contenidas en esta solicitud. Por la razón antes expuesta, reconozco 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 responsabilidad para la aseguradora, sin perjuicio de las responsabilidades que recaigan sobre el asegurado. De igual modo, reconozco que en caso de que la aseguradora acepte esta solicitud, la misma surtirá efecto a partir de la fecha de inicio de vigencia especificada por escrito por la aseguradora, previo al cumplimiento de las condiciones del contrato de aseguramiento. La aseguradora se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de ingreso al seguro.

2. Yo, el Solicitante de Seguro de Vida Individual, autorizo a cualquier médico profesional, hospital o clínica, agencia gubernamental, prestadora de servicios de salud, administradora de riesgos de salud u otra compañía de seguros, a proveer a la aseguradora 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 Humano Seguros, S.A. a solicitar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesaria a los fines de evaluación de crédito, así como a suministrar información de esta índole a los centros de información crediticia para la evaluación del riesgo por parte de otras instituciones suscriptoras de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de la aseguradora y/o por sus respectivos empleados, funcionarios y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del artículo 377 del Código Penal, no supondrá violación a la Ley núm. 172-13 sobre Protección de Datos de Carácter Personal, ni generará responsabilidad bajo los artículos 1382 y siguientes del Código Civil, ni bajo ningún otro texto legal, al tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cualesquiera acciones o demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por dicha causa, y manteniendo libre e indemne de toda reclamación, a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del artículo 1120 del Código Civil."

Firma del solicitante

Firma del contratante

Fecha

Fecha

DATOS COMERCIALES PARA SER COMPUTADOS POR INTERMEDIARIOS

Firma intermediario

Código

Fecha

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

Inicio vigencia del seguro:	Día	Mes	Año	Autorizado por
Fecha	Día	Mes	Año	Comentario