

SOLICITUD DE INGRESO DE INDEMNIZACIÓN POR ENFERMEDADES MAYORES

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre del Contratante _____ Póliza No. _____

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 _____

PLANES Y SUMAS ASEGURADAS

Planes en RD\$

| | | | | | | |
|---------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Coberturas | <input type="radio"/> Opción I | <input type="radio"/> Opción II | <input type="radio"/> Opción III | <input type="radio"/> Opción IV | <input type="radio"/> Opción V | <input type="radio"/> Otro _____ |
| Diagnóstico | \$120,000 | \$240,000 | \$500,000 | \$800,000 | \$1,100,000 | |
| Beneficios de Valor | \$80,000 | \$160,000 | \$300,000 | \$400,000 | \$500,000 | |
| Suma Aseg. Total | \$200,000 | \$400,000 | \$800,000 | \$1,200,000 | \$1,600,000 | |

Planes en US\$

| | | | | | | |
|---------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| Coberturas | <input type="radio"/> Opción I | <input type="radio"/> Opción II | <input type="radio"/> Opción III | <input type="radio"/> Opción IV | <input type="radio"/> Opción V | <input type="radio"/> Otro _____ |
| Diagnóstico | \$6,000 | \$12,000 | \$18,000 | \$25,000 | \$30,000 | |
| Beneficios de Valor | \$4,000 | \$8,000 | \$12,000 | \$15,000 | \$20,000 | |
| Suma Aseg. Total | \$10,000 | \$20,000 | \$30,000 | \$40,000 | \$50,000 | |

COBERTURAS OPCIONALES

Vida Fallecimiento Accidental Incapacidad Total y Permanente Ambulancia Aérea Otros _____

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? Sí No
- ¿Padece o ha padecido o está padeciendo de algunas de estas enfermedades: corazón, pulmón, úlcera, SIDA, VIH, diabetes, tumor, cáncer, riñones, hepatitis, presión arterial elevada/baja, taquicardias, afecciones de la próstata (si es hombre); trastornos de los órganos femeninos (si es mujer), quistes, bronquitis, tuberculosis, asma, enfermedad de la tiroides, del hígado, esófago, intestinos, estómago, aparato digestivo, colon, páncreas, epilepsia, enfermedades de los huesos, articulaciones, columna vertebral. Deformaciones, cojera, amputaciones, trastornos de los músculos o lesiones óseas, de la cabeza, pérdida del conocimiento, ácido úrico elevado (gota), trastornos del sistema nervioso, cerebrales, esquizofrenia o trastornos mentales, u otras enfermedades? Sí No
- ¿Padece usted de alguna enfermedad importante, grave o mayor? 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

9. ¿Padece alguna otra enfermedad, lesión o condición que no haya sido mencionada anteriormente? Sí No
10. ¿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. ¿Consume bebidas alcohólicas? En caso afirmativo indicar: cantidad _____ frecuencia _____ Sí No
14. ¿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 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

BENEFICIARIOS DEL TITULAR ASEGURADO, PARA LAS COBERTURAS DE VIDA Y FALLECIMIENTO ACCIDENTAL

| Nombres y Apellidos | Sexo | Cédula/Pasaporte | Fecha de nacimiento | | | Parentesco | Porcentaje |
|---------------------|------|------------------|---------------------|-----|-----|------------|------------|
| | | | 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 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, fecha y sello del Contratante

Firma y fecha del Solicitante

Firma y fecha del Intermediario

Código