

TIPO DE NOVEDAD

☐ Emisión ☐ Inclusión titular ☐ Inclusión de coberturas opcionales

OPCIÓN SOLICITADA

Modalidad del plan ☐ Individual ☐ 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 de Programa _____ Fecha Fin del Programa _____

¿Practicará algún deporte como parte de su programa académico o de estudios? En caso afirmativo, indique:

Tipo de deporte: _____

Nivel de práctica:

☐ Recreativo
☐ Amateur
☐ Competitivo

Frecuencia de práctica:

☐ Ocasional
☐ Regular
☐ Intensiva

COBERTURAS OPCIONALES

Enfermedades Mayores ☐ US\$50,000

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. _____

Teléfono _____ Celular _____ Correo electrónico _____

DATOS DEL ASEGURADO 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 _____ Correo electrónico _____

CONTACTO EN REPÚBLICA DOMINICANA

Persona de contacto en República Dominicana _____ Teléfono persona de contacto _____

DECLARACIÓN DE SALUD

- ¿Está usted embarazada?
En caso afirmativo, indique cuántas semanas: Sí ☐ No ☐
- Corazón, Pulmones y Circulación (Cardiorrespiratorio)
¿Padece o ha recibido tratamiento en los últimos cinco (5) años por enfermedades del corazón, presión arterial alta, asma, bronquitis crónica, u otras afecciones respiratorias o cardiovasculares? Sí ☐ No ☐
- Cerebro, Nervios y Salud Mental (Neurológico y Psicológico)
¿Ha sido diagnosticado y/o tratado en los últimos cinco (5) años por trastornos neurológicos (ej. epilepsia, migrañas recurrentes), afecciones mentales y nerviosas (ej. depresión, ansiedad, estrés agudo), u otras afecciones? Sí ☐ No ☐
- Órganos Internos y Metabolismo (Gastrointestinal, Renal y Endocrino)
¿Presenta o ha recibido atención médica en los últimos cinco (5) años por diabetes, problemas de la tiroides, afecciones del hígado, estómago, riñones, vías urinarias o del sistema reproductor? Sí ☐ No ☐

5. Huesos, Sistema Inmunológico y Tumores (Osteomuscular y Oncológico)

¿Ha recibido diagnóstico y/o atención en los últimos diez (10) años por problemas en la columna, huesos o articulaciones, enfermedades autoinmunes, trastornos de la sangre, o cualquier tipo de cáncer, tumor o quiste?

Sí ☐ No ☐

En caso de presentar alguna otra enfermedad, condición, lesión y/o padecimiento y/o tratamiento médico o quirúrgico quen no haya sido mencionado anteriormente, favor indicar detalles en el recuadro debajo:

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, ESPECIFIQUE						
No. de pregunta	Nombre del paciente	Diagnóstico	Tratamiento o intervención	Fecha de diagnóstico o intervención	Estado Actual	Nombre del médico y/o hospital

FAVOR LEER DETENIDAMENTE

Yo, el Solicitante del Seguro de Salud, 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 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 aplicación de las exclusiones contractuales aplicables y a la rescisión del contrato 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.

Yo, el Solicitante de Seguro de Salud, 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: i) capturar y tratar mis datos biométricos para la autorización de servicios médicos de conformidad con la normativa vigente y ii) 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.

Este formulario requiere firma manuscrita de acuerdo al documento de identidad vigente del firmante.

Firma del titular asegurado

Firma y sello del Contratante

Fecha (Día / Mes / Año)

Fecha (Día / Mes / Año)

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. Winston Churchill No. 93, Torre Humano Seguros - World Trade Center. , Phone: 1-809-476-3535, E-mail: sacpremium@humano.com.do