

SOLICITUD DE INGRESO DE INDEMNIZACIÓN POR CÁNCER

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 _____

Dirección (calle y número) _____ Sector _____ Ciudad _____

Teléfono residencial _____ Teléfono oficina _____

Celular _____ Correo electrónico _____

PLANES Y SUMAS ASEGURADAS

	<input type="radio"/> Opción I	<input type="radio"/> Opción II	<input type="radio"/> Opción III	<input type="radio"/> Opción IV
Planes en RD\$	RD\$250,000	RD\$500,000	RD\$1,000,000	RD\$1,500,000
Planes en US\$	US\$10,000	US\$20,000	US\$30,000	US\$40,000

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
- ¿Padece alguna otra enfermedad, lesión o condición que no haya sido mencionada anteriormente? Sí No
- ¿Está usted actualmente bajo algún tratamiento médico? ¿Le ha sido practicada o aconsejada alguna operación quirúrgica? Sí No
- ¿Usa usted o ha usado drogas ilegales o sustancias controladas? Sí No
- ¿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
- ¿Consume bebidas alcohólicas? En caso afirmativo indicar: cantidad _____ frecuencia _____ Sí No
- ¿Considera que se encuentra en buen estado de salud? Sí No

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

1. ¿Ha existido o existen en su familia casos de: 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 o condición considerada importante y no mencionada anteriormente? En caso afirmativo, indique el familiar afectado, enfermedad o padecimiento y fechas.

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. 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 y fecha del Solicitante

Firma, fecha y sello del Contratante

Firma y fecha del Intermediario

Código