

**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. ¿Consume 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