

SOLICITUD DE INGRESO ÚLTIMOS GASTOS

RNC 1-02-01717-4

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre del Contratante _____ Sucursal _____ 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 _____

DATOS DE LOS DEPENDIENTES

No. Dependientes	Nombres y Apellidos	Sexo	Cédula/Pasaporte	Fecha de nacimiento			Parentesco	Suma Asegurada
				Día	Mes	Año		

BENEFICIARIOS DEL TITULAR ASEGURADO

Nombres y Apellidos	Sexo	Cédula/Pasaporte	Fecha de nacimiento			Parentesco	Porcentaje %
			Día	Mes	Año		

DECLARACIÓN DE SALUD

Si usted o alguno de sus dependientes padece o ha padecido alguna(s) de estas enfermedades o condiciones, marque con una X, siendo el cero el titular y del 1 al 5 los dependientes. Colocarlos en el mismo orden en el que lo contemplaron en la casilla de dependientes.

	Titular	Dependientes				
		1	2	3	4	5
1. ¿Tiene o tuvo la necesidad de consultar un médico en los últimos meses?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. ¿Ha estado interno en algún hospital, clínica, sanatorio o centro de salud?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Ha recibido alguna transfusión sanguínea?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. ¿Tiene alguna deficiencia de órganos, miembros o sentidos? ¿Padece o ha padecido de alguna lesión corporal, o tiene algún defecto físico o deformidad?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Para mujeres: ¿Esta usted actualmente embarazada? En caso afirmativo indicar tiempo de gestación y si su embarazo transcurre o no normalmente.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. ¿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?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Titular			Dependientes				
	1	2	3	4	5			
7. ¿Tiene alguna enfermedad o defecto de la vista, oído, nariz o garganta?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. ¿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)?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. ¿Padece o ha padecido de desórdenes nerviosos?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. ¿Está usted actualmente bajo algún tratamiento médico? ¿Le ha sido practicada o aconsejada alguna operación quirúrgica?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. ¿Usa usted o ha usado drogas ilegales o sustancias controladas?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
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.	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. ¿Consume bebidas alcohólicas? En caso afirmativo indicar: cantidad _____ frecuencia _____	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. ¿Práctica o ha practicado algún deporte como profesional o aficionado? En caso afirmativo, detallar tipo de deporte y tiempo. _____	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. ¿Padece o ha padecido de alguna otra enfermedad, lesión o condición de salud que no haya sido mencionada en las preguntas anteriores?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. ¿Considera que se encuentra en buen estado de salud?	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIOS, ESPECIFIQUE:

No. Pregunta	No. de Dependiente	Diagnóstico	Tratamiento o Intervención	Estado Actual	Fecha de Nacimiento			Nombre del Médico y/o Hospital
					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, farmacia, compañía de seguros, empleador o asegurado principal de grupo, a proporcionar cualquier y toda información médica, pasada o presente, relacionada con mi persona, mis dependientes 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