

SOLICITUD DE INGRESO VIDA INDIVIDUAL

DATOS DEL CONTRATANTE

| | | | |
|---------------------------|---------|------------------------------------|--------------------|
| Nombre del contratante | | Persona de contacto | |
| RNC / Cédula | | Ocupación / naturaleza del negocio | |
| Dirección calle / avenida | | Número | Edificio o plaza |
| Sector | | Ciudad / municipio | |
| Teléfono casa | Oficina | Celular | Correo electrónico |

PLAN SOLICITADO

| | | | |
|--|--|------------------------------|---|
| Frecuencia de pago <input type="radio"/> Anual <input type="radio"/> Semestral <input type="radio"/> Trimestral <input type="radio"/> Mensual | Planes <input type="radio"/> VIVE en Familia <input type="radio"/> Otro | Suma asegurada fallecimiento | Moneda <input type="radio"/> RD\$ <input type="radio"/> US\$ |
|--|--|------------------------------|---|

COBERTURAS OPCIONALES

| | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Fallecimiento accidental y desmembramiento | <input type="radio"/> Incapacidad total y permanente | <input type="radio"/> Exoneración pago primas por incapacidad total y permanente |
| <input type="radio"/> Últimos gastos | <input type="radio"/> Enfermedades mayores | <input type="radio"/> Renta diaria por hospitalización |
| <input type="radio"/> Otra (s) _____ | | |

DATOS DEL SOLICITANTE

| | | | |
|---|---|---|---------------------------------------|
| Nombres | | Apellidos | |
| No. documento identificación | Tipo de documento <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte | Fecha nacimiento Día _____ Mes _____ Año _____ | |
| Sexo <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino | Nacionalidad | Peso (Lbs.) | Estatura _____ pies _____ pulgadas |
| Estado civil <input type="radio"/> Soltero (a) <input type="radio"/> Casado (a) <input type="radio"/> Viudo (a) <input type="radio"/> Divorciado (a) <input type="radio"/> Unión libre | | | |
| Es usted <input type="radio"/> Derecho <input type="radio"/> Izquierdo | Profesión | Ocupación exacta | Ingreso mensual RD\$ |
| Dirección calle / avenida | | Número | Edificio o plaza |
| Sector | | Ciudad / municipio | |
| Teléfono casa | Oficina | Celular | Correo electrónico |

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

| Nombres y apellidos | Sexo F/M | 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 Si en caso afirmativo y No en caso negativo

1. ¿Tiene o tuvo la necesidad de consultar un médico en los últimos meses o ha estado interno en algún centro de salud? ¿Está usted actualmente bajo algún tratamiento médico? ¿Tiene alguna deficiencia de órganos, miembros o sentidos? ¿Padece o ha padecido de alguna lesión corporal, o tiene algún defecto físico o deformidad? ¿Ha sufrido accidentes, heridas o fracturas? ¿Tuvo o tiene alguna cirugía programada? ¿Ha recibido transfusión sanguínea? Si No
2. ¿Se ha realizado electrocardiogramas, radiografías, ecocardiograma, tomografías, resonancias u otro procedimiento de diagnóstico recientemente? Si No
3. Para mujeres: ¿Está usted actualmente embarazada? En caso afirmativo indicar el tiempo de gestación y si su embarazo transcurre o no normalmente. Si No

PADECE O HA PADECIDO DE:

4. Enfermedades cardiovasculares, circulatorias y de la sangre, incluyendo, pero sin limitarse a: angina, hipertensión, infarto, valvulopatías colesterol alto, venas varicosas, anemias, trastornos de la función plaquetaria. Si No
5. Enfermedades endocrinas, incluyendo pero sin limitarse a: diabetes, obesidad, trastornos hipofisarios, glándula tiroidea y suprarrenales, En caso de responder afirmativamente a la diabetes, favor indicar: Tipo de diabetes: I o II . Anexar última prueba de Hemoglobina Glicosilada (Hba)1c. Si No
6. Trastornos gastrointestinales, incluyendo, pero sin limitarse a: reflujo, gastritis, úlceras, pólipos intestinales, hepatitis, colitis Si No
7. Enfermedades del sistema respiratorio incluyendo, pero sin limitarse a: tos, asma, tuberculosis, Enfermedades de ojos, oídos, nariz, boca, garganta. Enfermedades del sistema osteomuscular: huesos, articulaciones y músculos. Si No
8. Enfermedades del sistema génito-urinario, incluyendo, pero sin limitarse a: enfermedades de transmisión sexual, de la próstata, útero, ovario, cérvix y trompas, riñón y vejiga. Cáncer, quiste, pólipo, melanoma, sarcoma, linfomas o tumor de cualquier tipo. Si No
9. Trastornos mentales, incluyendo pero sin limitarse a: trastornos del estado de ánimo, trastornos bipolares, dependencia de drogas, Trastornos neurológicos incluyendo, pero sin limitarse a: alzheimer, parkinson, parálisis, epilepsia, migrañas, derrame cerebral, vértigo. Si No
10. Cualquier otra enfermedad, padecimiento, lesión, condición o afección de cualquier tipo no mencionada anteriormente. Si No

OTRAS DECLARACIONES

11. ¿Usa usted o ha usado drogas ilegales o sustancias controladas? Si No
12. ¿Fuma? En caso afirmativo, indicar cantidad de cigarrillos/puros diarios y desde cuándo. Si No
Si fumaba anteriormente, indicar cantidad de cigarrillos/puros diarios y tiempo sin fumar.
13. ¿Consumo bebidas alcohólicas? En caso afirmativo indicar: cantidad _____ frecuencia _____ Si No
14. ¿Ha practicado, practica o piensa practicar algún deporte o actividad, sea o no de alto riesgo, incluyendo, pero sin limitarse a: paracaidismo, montañismo, carreras de automóviles o cualquier otra actividad no citada anteriormente? Detallar en caso afirmativo _____ Si No
15. ¿Posee otro seguro de vida o de salud en vigor o recibe indemnización a causa de lesión o enfermedad? En caso afirmativo, especifique aseguradora, coberturas y suma asegurada: Si No
16. ¿Es usted militar? Activo Retirado Si No
17. ¿Cuántas horas aproximadamente viaja al año usted como pasajero en aeronave? _____ Lugar Más frecuente _____ Si No
18. ¿Es usted piloto o tripulante de algún tipo de aeronave, como profesional o aficionado? Si No
En caso afirmativo, favor especificar cantidad de horas de vuelo al año _____ Tipo de aeronave _____ Tipo de pasajero _____

Información de historial familiar (padres, abuelos, tíos, hermanos)

19. ¿Han existido o existen en su familia casos de: diabetes, presión arterial, cáncer, hígado, riñones, demencias, enfermedades del sistema nervioso, enfermedad del corazón, enfermedades del aparato circulatorio incluyendo hipertensión, enfermedades infecciosas como tuberculosis pulmonar, SIDA, o cualquier otra enfermedad o condición considerada importante y no mencionada anteriormente? En caso afirmativo, especifique la enfermedad o padecimiento y el familiar afectado: Si No

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

| No. Pregunta | Diagnóstico | Fecha Diagnóstico | | | Tratamiento o intervención | Nombre del médico y/o hospital | Estado actual |
|--------------|-------------|-------------------|-----|-----|----------------------------|--------------------------------|---------------|
| | | Día | Mes | Año | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Yo, el Solicitante del Seguro de Vida Individual, 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 solicitada 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 nulidad del contrato y su correspondiente rescisión 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 Vida Individual, 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, tanto el Solicitante de Seguro de Vida Individual como el Contratante autorizamos a Humano Seguros, S.A. a 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.

Firma del solicitante

Fecha

Firma y sello del contratante

Fecha

Firma y sello del intermediario

Fecha