

SOLICITUD DE AUMENTO O DISMINUCIÓN DE SUMA ASEGURADA

TIPO DE MOVIMIENTO

Aumento Disminución

TIPO DE PLAN CONTRATADO

Salud Local

- Cobertura de Vida
 Cobertura de Últimos Gastos
 Cobertura de Enfermedades Mayores

Global Health

- Cobertura de Vida
 Cobertura de Muerte Accidental y Desmembramiento
 Cobertura de Pago Anticipado del Capital por Incapacidad Total y Permanente
 Cobertura de Últimos Gastos
 Cobertura de Exoneración Pago de Prima

Vida

- Vida Colectivo
 Últimos Gastos
 Accidentes Personales
 Indemnización por Enfermedades Mayores
 Indemnización por Cáncer
 Indemnización por Hospitalización

DATOS DEL ASEGURADO

Nombres _____ Apellidos _____
 Cédula/Pasaporte _____ Fecha de Nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Sexo: F M
 Dirección (calle y número) _____ Sector _____ Ciudad _____
 Teléfono Residencial _____ Celular _____ Correo electrónico _____

DATOS DE SUMA ASEGURADA

Suma asegurada actual _____ Moneda: RD\$ US\$
 Suma asegurada deseada _____ Moneda: RD\$ US\$

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	

BENEFICIARIOS DEL SEGURO DE VIDA

Nombres y Apellidos	Sexo	Cédula/Pasaporte	Fecha de nacimiento			Parentesco	Porcentaje
			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 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