

**SOLICITUD DE INGRESO Y MOVIMIENTOS SALUD INTERNACIONAL**

 Fecha de efectividad \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Día Mes Año

RNC 1-02-01717-4

**TIPO DE NOVEDAD**

<b>Emisión</b>	<input type="radio"/> Colectivo	<input type="radio"/> Individual	<input type="radio"/> Inclusión titular	<input type="radio"/> Inclusión dependiente	<input type="radio"/> Inclusión de beneficios opcionales
<b>Frecuencia de pago</b>	<input type="radio"/> Anual	<input type="radio"/> Semestral	<input type="radio"/> Cambio de plan	<input type="radio"/> Cambio de deducible	<input type="radio"/> Cambio de dependiente a titular
	<input type="radio"/> Trimestral	<input type="radio"/> Mensual	<input type="radio"/> Otro _____		

**PLAN DE SALUD**

 ¿Cuenta actualmente con un plan de salud local o internacional en Humano Seguros y/o otra aseguradora?  Sí  No | Si la respuesta es Sí, indique la compañía y nombre del plan

**PLAN Y BENEFICIOS SOLICITADOS**

Plan Global Health solicitado	<input type="radio"/> GH Classic	<input type="radio"/> GH Advance	<input type="radio"/> GH Executive	<input type="radio"/> GH Premium	<input type="radio"/> GH Platinum*	<input type="radio"/> Otro _____
Deducible en Rep.Dom.	<input type="radio"/> US\$1,000	<input type="radio"/> US\$5,000	<input type="radio"/> US\$15,000	<input type="radio"/> Otro _____		
Deducible Internacional	<input type="radio"/> US\$1,000	<input type="radio"/> US\$2,500	<input type="radio"/> US\$5,000	<input type="radio"/> Otro _____		
Seguro de Vida	<input type="radio"/> US\$10,000	<input type="radio"/> US\$20,000	<input type="radio"/> US\$50,000	<input type="radio"/> Titular	<input type="radio"/> Titular y cónyuge	
Fallecimiento Accidental (MAD)	<input type="radio"/> US\$10,000	<input type="radio"/> US\$20,000	<input type="radio"/> US\$50,000	<input type="radio"/> Titular	<input type="radio"/> Titular y cónyuge	
Incapacidad total o permanente (PACI)	<input type="radio"/> US\$10,000	<input type="radio"/> US\$20,000	<input type="radio"/> US\$50,000	<input type="radio"/> Titular	<input type="radio"/> Titular y cónyuge	
Últimos Gastos (ULGA)	<input type="radio"/> US\$2,500	<input type="radio"/> US\$3,500	<input type="radio"/> US\$5,000	<input type="radio"/> Otro _____		

\*Aplica deducible cero en ambos territorios.

**DATOS DEL CONTRATANTE**

Nombre completo \_\_\_\_\_ RNC/Cédula \_\_\_\_\_

Tipo de NCF  Crédito Fiscal  Consumidor final  Regímenes especiales  Comprobantes gubernamentales Persona de contacto \_\_\_\_\_

Ocupación/Naturaleza del negocio \_\_\_\_\_

Sector económico actividad  Industrial  Comercio  Servicio  Financiero  Otro \_\_\_\_\_

Dirección (calle y número) \_\_\_\_\_ Nombre edificio y/o plaza \_\_\_\_\_

Apto. No. \_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

**DATOS DEL TITULAR**

Nombre(s) _____	Apellido(s) _____	No. Afiliado / Asegurado _____
<b>Estas informaciones solo aplican para inclusión de titular y cambio de plan</b>		
Estado civil <input type="radio"/> Soltero <input type="radio"/> Casado	Sexo <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Fecha de nacimiento (día, mes y año) _____
Documento identificación <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte	Nacionalidad _____	
Dirección domicilio _____		Nombre condominio y/o edificio _____
Apto. No. _____	Sector _____	Ciudad _____
Teléfono casa _____		Teléfono oficina _____
Lugar de Trabajo _____		Estatura (pies/pulg.) _____
Correo electrónico _____		Código millas Advantage _____

### DEPENDIENTES

Nombre completo	Cédula o pasaporte	Nacionalidad	Parentesco	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Sexo (F/M)	Peso (libras)	Estatura (pies/pulg.)	Ocupación
				/ /				
				/ /				
				/ /				
				/ /				
				/ /				

### BENEFICIARIOS DE SEGURO DE VIDA DEL TITULAR

Nombre completo	Cédula o pasaporte	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Sexo (F / M)	Parentesco	% Asignado
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			
		/ /			

### DECLARACIÓN DE SALUD

Seleccione y/o complete la(s) respuesta(s) correspondiente(s) para usted y su(s) dependiente(s) que solicitan cobertura del seguro y estén citados en este documento, para las preguntas indicadas a continuación:

1. ¿Gozan usted y sus dependientes de buena salud? Sí  No
  
2. ¿A usted o a alguno de sus dependientes que solicitan cobertura para este seguro se le ha presentado síntomas o se le ha diagnosticado, examinado, realizado tratamiento médico o quirúrgico para alguna condición, lesión o afección médica, física, mental o nerviosa? Sí  No
  
3. ¿Tiene usted o algún dependiente que solicite cobertura para este seguro alguna condición, defecto y/o trastorno genético o limitación física, sea esta congénita o adquirida? Sí  No
  
4. ¿Practica o practicó usted y/o alguno de sus dependientes que solicitan cobertura para este seguro algún deporte? ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_  
¿Quién(es)? \_\_\_\_\_ Sí  No
  
5. ¿Fuma o ha fumado usted y/o alguno de sus dependientes? En caso afirmativo ¿Quién(es)? \_\_\_\_\_ ¿Qué? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos? \_\_\_\_\_  
¿Frecuencia?  Diario  Semanal  Mensual Si es exfumador indique hace cuanto tiempo dejó de fumar \_\_\_\_\_ Sí  No
  
6. ¿Consume o consumía usted o alguno de sus dependientes bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, ¿Quién (es)? \_\_\_\_\_  
Cantidad \_\_\_\_\_ Tipo de alcohol \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia consume?  Diario  Semanal  Mensual Sí  No
  
7. ¿Está usted o alguna de sus dependientes embarazada? En caso afirmativo, indique quién y cuántas semanas en el recuadro debajo. Sí  No
  
8. ¿Padece o ha padecido usted y/o alguno de sus dependientes de los que solicitan cobertura para este seguro: enfermedades del sistema nervioso incluyendo, pero no limitando a, epilepsia, meningitis, neurastenia, fibromialgia, hemiplejía, neuralgia, disreflexia autonómica, desmayos, vértigos, convulsiones, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ataxia de friedreich, trastornos de la hipófisis, neuropatías periféricas? Sí  No
  
9. Enfermedades neurológicas y/o trastornos mentales incluyendo, pero no limitando a: retardo mental, demencia, atrofia muscular espinal (AME), Alzheimer, enfermedad de Huntington, dolores de cabeza crónicos, migrañas, accidente cerebrovascular, derrame cerebral o ataques isquémicos cerebrales transitorios, mielitis, encefalitis, alteraciones de nervios craneales, psicosis, esquizofrenia, depresión, ansiedad, trastorno bipolar, trastornos alimenticios, trastornos de conducta, abuso y dependencia de sustancias ilícitas o controladas, psicoterapéuticas, esteroides o drogas en cualquiera de sus tipos. Sí  No
  
10. Trastornos autoinmune incluyendo, pero no limitando a: tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Addison, artritis reumatoide, lupus eritematoso o sistémico, dermatomiositis, síndrome de Sjogren, miastenia grave, síndrome de Reiter, bocio tóxico, enfermedad de Graves Basedow, enfermedad de Addison, Guillain- Barré (SGB), trastornos idiopáticos. Sí  No
  
11. Enfermedades del corazón, cardiovasculares y/o circulatorias, incluyendo, pero no limitando a: insuficiencia cardiaca congestiva, ataque cardiaco, angina, dolor de pecho, arteriosclerosis, alta presión sanguínea o hipertensión arterial, baja presión sanguínea, inflamación de pies y tobillos, trombosis, flebitis, fiebre reumática, soplo del corazón, infarto, valvulopatía, bloqueo auriculoventricular, fibrilación, marcapasos o colocación de stent, insuficiencia venosa. Sí  No
  
12. Enfermedades del sistema endocrino, incluyendo, pero sin limitarse a: diabetes mellitus en cualquiera de sus tipos, obesidad, hipotiroidismo, hipertiroidismo, nódulos tiroideos, trastornos de la glándula tiroidea, trastorno de la glándula suprarrenal, hiperglicemia. Sí  No
  
13. Enfermedades otorrino, incluyendo, pero sin limitarse a: trastornos de garganta, mandíbula, desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, faringitis, problemas de la laringe, trastornos de la articulación temporomandibular (ATM). Sí  No
  
14. Enfermedades de ojos, incluyendo, pero sin limitarse a: cataratas, glaucoma, queratocono, pterigio, daltonismo, retinopatías en general, estrabismo, neuritis óptica, ambliopía u ojo vago, conjuntivitis, degeneración macular. Sí  No
  
15. Enfermedades del sistema respiratorio, incluyendo, pero sin limitarse a: tos crónica, asma, tuberculosis, enfisema, bronquitis, neumonía, edema pulmonar, émbolo pulmonar, colapso total o parcial del pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Sí  No
  
16. Trastornos gastrointestinales incluyendo, pero no limitando a: problemas del hígado, hepatitis en cualquiera de sus tipos, páncreas, trastornos de la vesícula biliar, estómago o intestinos, reflujo esofágico, hernia hiatal, gastritis, úlceras, trastorno del recto y del colon, pólipos intestinales, hemorroides. Sí  No

17. Enfermedades osteomusculares incluyendo, pero no limitando a: fracturas, reumatismo, artritis, gota, tendinitis, osteoporosis, artrosis, condromalacia, espina bífida, síndrome del túnel carpiano, colocado o retiro pendiente de material de osteosíntesis. Sí  No
18. Enfermedades de la sangre, transfusión sanguínea, vasos sanguíneos, arterias, venas o trastornos sanguíneos, incluyendo, pero sin limitarse a: anemia en cualquiera de sus tipos, hemofilia, anemia falciforme, leucemia, colesterol alto, hiperlipidemia, hemoglobinopatía, venas varicosas; coagulopatías, incluyendo pero sin limitarse a: hemofilia A y B, deficiencia del factor II, V, VII, VIII, X y XII; púrpura trombocitopenia idiopática (PTI), Coagulación Intravascular Diseminada (CID), trombocitopenia inmune, trombocitopenia trombótica, defectos de la función plaquetaria. Sí  No
19. Cáncer, quistes, pólipos, melanoma, sarcoma de Kaposi, protuberancia o tumor de cualquier tipo, masas, linfomas, fibromas u otro tipo no especificado, favor indicar diagnóstico y tratamiento en el recuadro de abajo. Sí  No
20. Enfermedades del sistema genitourinario incluyendo pero sin limitarse a: tumores en cualquier órgano genitourinario, hiperplasia, hipertrofia, displasia, quiste de ovario, sangrado genital fuera de la menstruación, trastornos de útero y/o trompas, enfermedades de la próstata, hidrocele, hipospadias, torsión testicular, trastornos en la vejiga, hematuria, infecciones del tracto urinario, insuficiencia renal, cálculo renal, quiste renal o enfermedad poliquística del riñón, glomerulonefritis, hidronefrosis. Sí  No
21. Enfermedades de transmisión sexual, incluyendo, pero sin limitarse a: VIH, SIDA, virus del papiloma humano (VPH), herpes genitales, clamidia, sífilis, gonorrea, hepatitis B y C. Sí  No
22. Enfermedades de los pies o podiátricos, incluyendo, pero sin limitarse a: hongos en los pies, hongos en las uñas, uña encarnada, helomas o engrosamiento de las capas de los pies, sudoración o hiperhidrosis, pie de atleta, pie geriátrico, pie diabético, verrugas plantares, juanetes, callos, pie plano. Sí  No
23. Enfermedades dermatológicas, incluyendo, pero sin limitarse a: seborrea, psoriasis, eccema, queratosis seborreica, enrojecimiento de la piel, cáncer de piel, xerosis, celulitis infecciosa, picazón, sarpullido, infecciones de la piel, urticaria, quemaduras en cualquiera de sus grados y/o alergias en cualquiera de sus tipos. Sí  No
24. Utiliza usted o alguno de sus dependientes que solicita cobertura para este seguro, prótesis u ortesis y/u otro equipo médico duradero? Sí  No
25. ¿Tiene usted y/o algún dependiente de los que solicitan cobertura para este seguro, pendiente de realizar y/o programada alguna cirugía, tratamiento o examen para cualquier afección o condición médica de las indicadas en los puntos anteriores? Sí  No
26. ¿Padece usted o alguno de sus dependientes que solicita cobertura para este seguro, alguna otra enfermedad, condición, lesión y/o padecimiento y/o tratamiento médico o quirúrgico que no haya sido mencionado anteriormente? En caso de ser afirmativo, favor indicar detalles en el recuadro debajo. Sí  No

**SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, ESPECIFIQUE**

No. de pregunta	Nombre del solicitante	Síntoma / Manifestación / Diagnóstico	Tratamiento o intervención	Estado Actual	Fecha de inicio de Síntoma / Manifestación / Diagnóstico			Nombre del médico y/o hospital
					Día	Mes	Año	

**FAVOR LEER DETENIDAMENTE**

Yo, el Solicitante del Seguro de Salud, 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 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 aplicación de las exclusiones contractuales aplicables y a la rescisión del contrato 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 Salud, 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, autorizo a Humano Seguros, S.A. a: i) capturar y tratar mis datos biométricos para la autorización de servicios médicos de conformidad con la normativa vigente y ii) 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.

**Este formulario requiere firma manuscrita de acuerdo al documento de identidad vigente del firmante.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Titular

\_\_\_\_\_  
Fecha de solicitud (Día / Mes / Año)

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Contratante

\_\_\_\_\_  
Fecha de solicitud (Día / Mes / Año)

**DATOS GESTIÓN COMERCIAL**

Intermediario	Código
Gerente de Negocios	Código

This document contains PRIVILEGED AND CONFIDENTIAL INFORMATION, including but not limited to health information that is privileged and legally protected from disclosure by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), and it is intended only for the address(es) named above. If you are not the intended recipient of this document, or the employee or agent responsible for delivering it to the intended recipient, you are hereby notified that any dissemination or copying of this document is strictly prohibited. If you have received this transmission in error, please notify our office by telephone and return the original document to us by mail to the following address: Av. Lope de Vega No. 36, Phone: 1-809-476-3535, E-mail: sacsahudinternacional@humano.com.do