

**SOLICITUD DE INGRESO SEGURO DE SALUD**

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

**TIPO DE NOVEDAD**

Inclusión titular       Inclusión dependiente       Cambio de plan       Otros \_\_\_\_\_

**PLAN**

PDSS       Esencial Plus       Superior       Royal       Max       Prime       Platinum       Otro \_\_\_\_\_

**DATOS DEL CONTRATANTE**

Nombre completo \_\_\_\_\_ | RNC/Cédula \_\_\_\_\_ | Póliza \_\_\_\_\_

**DATOS DEL TITULAR**

Nombre(s) \_\_\_\_\_ | Apellido(s) \_\_\_\_\_ | No. Afiliado / Asegurado \_\_\_\_\_

**Estas informaciones solo aplican para inclusión de titular y cambio de plan**

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)	Edad
Documento identificación <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte	Nacionalidad		
Dirección domicilio		Nombre condominio y/o edificio	
Apto. No.	Sector	Ciudad	Celular
Teléfono casa	Teléfono oficina	Ocupación	
Lugar de Trabajo	Peso (libras)	Estatura (pies/pulg.)	
Correo electrónico		Código millas Advantage <small>(Aplica solo Plan Platinum)</small>	

**DEPENDIENTES**

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

## DECLARACIÓN DE SALUD (No aplica para el PDSS)

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. ¿A usted o a alguno de sus dependientes que solicitan cobertura para este seguro se le ha diagnosticado, examinado, realizado tratamiento médico o quirúrgico para alguna condición, lesión o afección médica, física, mental o nerviosa?  Sí  No
2. ¿Tiene usted o algún dependiente que solicite cobertura para este seguro algún defecto y/o trastorno genético o limitación física, sea esta congénita o adquirida?  Sí  No
3. ¿Padece usted o alguno de sus dependientes que solicitan cobertura para este seguro: enfermedades del sistema nervioso incluyendo, pero no limitado a, epilepsia, meningitis, neurastenia, fibromialgia, hemiplejía, neuralgia, disreflexia autonómica, desmayos, vértigos, convulsiones, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ataxia de Friedreich, trastornos de la hipófisis o neuropatías periféricas?  Sí  No
4. 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, drogas en cualquiera de sus tipos o esteroides.  Sí  No
5. 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).  Sí  No
6. Enfermedades del corazón, cardiovasculares y/o circulatorias, incluyendo, pero no limitando a: insuficiencia cardíaca congestiva, ataque cardíaco, 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
7. 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
8. Enfermedades de ojos, oídos, nariz, boca, garganta mandíbula, incluyendo, pero sin limitarse a: cataratas, glaucoma, desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, faringitis, trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).  Sí  No
9. 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
10. Trastornos gastrointestinales incluyendo, pero no limitando a: problemas del hígado, hepatitis en cualquiera de sus tipos, páncreas, trastornos de la vesícula biliar, sistema digestivo, estómago o intestinos, reflujo esofágico, hernia hiatal, gastritis, úlceras, trastorno del recto y del colon, pólipos intestinales, hemorroides.  Sí  No
11. 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
12. 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
13. 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 debajo.  Sí  No
14. Enfermedades del sistema genitourinario incluyendo pero sin limitarse a : tumores en cualquier órgano genitourinario, hiperplasia, 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
15. ¿Está usted o alguna de sus dependientes embarazada? En caso afirmativo, indique quién y cuántas semanas en el recuadro debajo.  Sí  No
16. ¿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 cuánto tiempo dejó de fumar. \_\_\_\_\_  Sí  No
17. ¿Consume o consumía usted o alguno de sus dependientes bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, ¿Quién(es)? \_\_\_\_\_  
Cantidad \_\_\_\_\_ Tipo de alcohol \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia las consume?  Diario  Semanal  Mensual  Sí  No
18. ¿Practica o practicó usted y/o alguno de sus dependientes que solicitan cobertura para este seguro algún deporte? ¿Cuál(es)? \_\_\_\_\_  
¿Quién(es)? \_\_\_\_\_  Sí  No
19. ¿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	

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.

\_\_\_\_\_

Firma del Titular

/ /

\_\_\_\_\_

Fecha de Solicitud  
(Día / Mes / Año)

Huella dactilar pulgar  
derecho del titular

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