



aetna

one aetna

Corporativo Familiar

Deducible US\$500

Deducible US\$1,000

Deducible US\$2,500

Deducible US\$5,000

Corporativo Familiar

Deducible US\$1,000

Deducible US\$2,500

Deducible US\$5,000

Solicitud de Seguro Médico Internacional

1. Datos relativos al solicitante principal

Nombres Apellidos Casad@ Unión

Fecha de Nacimiento Día Mes Año M F Cédula Solter@ libre

Nacionalidad Estatura (Pies, Pulg.) Peso (Libras)

Calle y Número Edificio

Número de Apto. Sector/Barrio Ciudad

Teléfono Celular Correo Electrónico

2. Datos relativos a la empresa

Completar esta sección si solicita cobertura bajo el plan corporativo.

Nombre RNC

Calle y Número Edificio

Número de Apto. Sector/Barrio Ciudad

Teléfono Fax Fecha de Ingreso al Empleo día mes año

3. Datos de los dependientes

Nombres/Apellidos	Cédula/Pasaporte (si es extranjero)	Nacionalidad	Parentesco (Cónyuge, Hijos)	Fecha de Nac.			Sexo		Estatura (Pies-Pulg.)	Peso (Libras)	Seguro de Vida (Beneficiarios)		
				Día	Mes	Año	M	F			Sí	No	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

4. Seguro de Vida - Otros beneficiarios

Complete esta sección si los beneficiarios son distintos a los dependientes señalados. El Seguro de Vida sólo aplica para el plan Aetna Tradicional.

Nombres/Apellidos	Cédula/Pasaporte (si es extranjero)	Parentesco	Fecha de Nac.			Sexo		%
			Día	Mes	Año	M	F	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

5. Complete estas preguntas:

A. Sí No Local Internacional No. de póliza Aseguradora

B. Si está solicitando cobertura de salud para sus dependientes, proporcione fechas y detalles para las respuestas negativas.

- ¿Todos los hijos dependientes están bajo su tutela?
- ¿Todos los hijos dependientes dependen de usted para su sustento?
- ¿Se domicilian todos los dependientes en su residencia? Si la respuesta es negativa, favor indicar donde residen.

