



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.

**6. Declaración de salud para TODOS los solicitantes.** Proporcionar fechas, nombre del solicitante y detalles en caso de respuestas afirmativas en el espacio provisto. Puede anexas los documentos que considere necesarios para completar la información.

- Sí No
- A.   ¿Alguno de los solicitantes ha tenido cobertura internacional con nuestro reasegurador Aetna Global Benefits? Si la respuesta es afirmativa, favor indicar No. de cuenta y tarjeta de identificación.
- B.   ¿Sospecha estar o está embarazada alguna de las solicitantes?
- C.   ¿Se le ha recomendado o contemplado procedimientos médicos y/o quirúrgicos (incluyendo pruebas de diagnósticos) a realizarse en el futuro ?
- D.   ¿Se le ha recomendado o se contemplan procedimientos médicos, quirurgicos o de cirugía oral (inclusive pruebas para diagnosticar) para alguna persona mientras la misma esté hospitalizada o no hospitalizada?
- E.   ¿Hay alguien que esté tomando actualmente medicamentos por alguna condición? Si responde afirmativamente, liste los nombres, dosis, medicamentos, indique duración de uso y condición actual.
- F.   ¿Se le ha negado cobertura de seguro por incapacidad?

**En los últimos:**

- G.   5 años ¿Ha sido examinado, consultado o recibido tratamiento médico? Explique.
- H.   5 años ¿Ha estado internado en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica? Explique.
- I.   10 años ¿Ha sido rechazado para cobertura de vida o salud? Explique.
- J.   ¿Hay alguien que fume cigarrillos o tabaco? Indique quién, frecuencia, cantidad (no. de cajetillas por día, tipo de tabaco y no. de años fumando).
- K.   ¿Ha recibido antes o le han aconsejado a usted o a uno de sus dependientes tener tratamiento para condiciones emocionales o de trastornos mentales?
- L.   ¿Ha recibido antes o le han aconsejado a usted o a uno de sus dependientes tener tratamiento por el uso de alcohol o uso de drogas?
- M.   ¿Hay alguien que consuma bebidas alcohólicas? Especifique tipo, cantidad y frecuencia.
- N.   En los últimos años, ¿alguno de los solicitantes ha estado enfermo o ha sido tratado de cualquiera de las siguientes condiciones?

Si contesta afirmativamente, seleccione el recuadro apropiado y explique. Debe incluir el cuestionario correspondiente a esa condición, debidamente completado por su médico tratante, el cual será suministrado por La Colonial, S. A.

- |  |  |   |  |   |
|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso sustancias      | <input type="checkbox"/> Cerebro                           | <input type="checkbox"/> Dolor de pecho               | <input type="checkbox"/> Nariz                                   | <input type="checkbox"/> Sistema nervioso                   |
| <input type="checkbox"/> Albumina              | <input type="checkbox"/> Cirugías                          | <input type="checkbox"/> Enfermedad de alzheimer      | <input type="checkbox"/> Oídos                                   | <input type="checkbox"/> Tiroides                           |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo           | <input type="checkbox"/> Cojera                            | <input type="checkbox"/> Epilepsia                    | <input type="checkbox"/> Ojos                                    | <input type="checkbox"/> Trastorno del sistema circulatorio |
| <input type="checkbox"/> Alergia               | <input type="checkbox"/> Colesterol                        | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple          | <input type="checkbox"/> Padecimientos de las glándulas mamarias | <input type="checkbox"/> Trastorno del sistema digestivo    |
| <input type="checkbox"/> Amputación            | <input type="checkbox"/> Convulsión                        | <input type="checkbox"/> Espalda/espina dorsal/cuello | <input type="checkbox"/> Parálisis                               | <input type="checkbox"/> Trastorno del sistema endocrino    |
| <input type="checkbox"/> Anemia                | <input type="checkbox"/> Corazón                           | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática             | <input type="checkbox"/> Parto prematuro                         | <input type="checkbox"/> Trastorno del sistema muscular     |
| <input type="checkbox"/> Angina                | <input type="checkbox"/> Deformidad                        | <input type="checkbox"/> Fracturas                    | <input type="checkbox"/> Piel                                    | <input type="checkbox"/> Trastorno del sistema respiratorio |
| <input type="checkbox"/> Anormalidad congénita | <input type="checkbox"/> Desorden del sistema reproductivo | <input type="checkbox"/> Garganta                     | <input type="checkbox"/> Presión arterial                        | <input type="checkbox"/> Trastorno del sistema urinario     |
| <input type="checkbox"/> Arterias              | <input type="checkbox"/> Desorden gastrointestinal         | <input type="checkbox"/> Hemorroides                  | <input type="checkbox"/> Próstata                                | <input type="checkbox"/> Trastorno sanguíneo                |
| <input type="checkbox"/> Artritis              | <input type="checkbox"/> Desorden nervioso / mental        | <input type="checkbox"/> Hernia                       | <input type="checkbox"/> Quistes                                 | <input type="checkbox"/> Tratamiento por fertilidad         |
| <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Desorden sistema inmunológico     | <input type="checkbox"/> Hígado                       | <input type="checkbox"/> Reumatismo                              | <input type="checkbox"/> Tumor                              |
| <input type="checkbox"/> Ataque cerebral       | <input type="checkbox"/> Desviación del tabique nasal      | <input type="checkbox"/> Huesos                       | <input type="checkbox"/> Sida                                    | <input type="checkbox"/> Úlcera                             |
| <input type="checkbox"/> Cáncer                | <input type="checkbox"/> Diabetes                          | <input type="checkbox"/> Intestinos                   | <input type="checkbox"/> Síndrome túnel carpiano                 | <input type="checkbox"/> Vértigo                            |
|  | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza                   | <input type="checkbox"/> Jaquecas                     |  |   |

- Ñ.   ¿Alguno de los solicitantes durante su vida ha tenido algún malestar físico conocido o enfermedad no mencionada en el acápite anterior?
- Si su respuesta es afirmativa, dé fechas y detalles completos y tratamiento (deberá incluir el cuestionario de esa condición debidamente llenado por su médico tratante).

**7. Use este espacio para ofrecer detalles de las respuestas afirmativas y/o padecimientos médicos relacionados en los acápites anteriores.** Sea específico al referirse a la persona afectada. Proporcione nombres, fechas, detalles, diagnósticos, tratamiento y condición actual.

| Nombre | Fecha(s) | Diagnóstico | Tratamiento | Nombre del Médico | Fecha de recuperación plena |
|--------|----------|-------------|-------------|-------------------|-----------------------------|
|        |          |             |             |                   |                             |
|        |          |             |             |                   |                             |
|        |          |             |             |                   |                             |
|        |          |             |             |                   |                             |
|        |          |             |             |                   |                             |
|        |          |             |             |                   |                             |
|        |          |             |             |                   |                             |
|        |          |             |             |                   |                             |
|        |          |             |             |                   |                             |
|        |          |             |             |                   |                             |

Marque aquí si usted proveerá información adicional en algún formulario, papel o documento separado.

## 8. Favor usar este espacio para ofrecer detalles de las respuestas afirmativas relacionadas con procedimientos médicos y/o quirúrgicos declarados en los acápites anteriores:

| Nombre | Fecha(s) | Diagnóstico | Procedimiento | Detallar resultados de la patología |
|--------|----------|-------------|---------------|-------------------------------------|
|        |          |             |               |                                     |
|        |          |             |               |                                     |
|        |          |             |               |                                     |
|        |          |             |               |                                     |
|        |          |             |               |                                     |
|        |          |             |               |                                     |
|        |          |             |               |                                     |
|        |          |             |               |                                     |
|        |          |             |               |                                     |
|        |          |             |               |                                     |
|        |          |             |               |                                     |
|        |          |             |               |                                     |
|        |          |             |               |                                     |
|        |          |             |               |                                     |

**Certificación:** Certifico por el presente que estas respuestas y declaraciones son, a mi mejor saber y entender, completas y verdaderas, informaré a La Colonial, S.A. si se producen cambios materiales de dicha información entre el momento de completar esta solicitud y el momento en cual entre en vigencia la cobertura.

**Aceptación:** Entiendo que, en la medida permitida por la ley pertinente, una declaración falsa puede dar como resultado el rechazo de reclamos ó la anulación de la cobertura de mi seguro a partir de su fecha de vigencia, sin que sea pagadero ningún beneficio. Entiendo que las afecciones que sean reveladas en este formulario pueden estar sujetas a todas las condiciones de mi plan, incluyendo las limitaciones por enfermedad preexistente, disposición de declaración falsa, requisitos de permanencia del empleado en el trabajo activo y del estado de salud de los dependientes. Mi firma indica que he analizado toda la información y declaraciones contenidas en este formulario, para comprobar que estén completas y sean precisas.

**Autorización:** Autorizo a todos los médicos y otros profesionales de la atención médica, hospitales y otras instituciones de carácter médico, aseguradores, servicios u hospitalario y planes de salud prepagados, empleadores y a la oficina de información médica, ustedes están autorizados a proveer a La Colonial, S. A. o una de sus empresas afiliadas, información concerniente a mi cuidado médico, consultas, tratamientos o suministro (incluyendo aquellos relacionados con enfermedades mentales y/o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/complejos relacionados y el virus del mismo) que me han provisto a mí o a cualquier miembro de mi familia para quien se le ha solicitado cobertura, esta información se utilizará con el propósito de determinar la elegibilidad para la cobertura y/o reclamos. Sé que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización a mi requerimiento. Acuerdo que una copia fotostática de esta autorización es tan válida como la original.

**Aviso de Privacidad:** Al evaluar su asegurabilidad, nosotros (La Colonial) nos basamos principalmente en la información relacionada con el estado de salud que usted nos proporciona en la presente Solicitud de Seguro Médico Internacional. Sin embargo, es posible que le pidamos adicionalmente que se haga un examen físico o que solicitemos de cualquiera de las fuentes especificadas en la autorización de esta solicitud, información médica adicional sobre usted y/o cualesquiera de sus dependientes.

**Revelación de información a otros:** Toda la información contenida aquí será tratada con carácter confidencial y no será revelada a otros sin su autorización, excepto en la medida necesaria para conducir nuestro negocio y que no sea contraria a ninguna ley. Por ejemplo, es posible que La Colonial revele información contenida en sus archivos a sus reaseguradores y a otras compañías de seguros de vida a las cuales usted pueda dirigirse para solicitar cobertura, o ante las cuales se pueda presentar una reclamación de beneficios. Además, es posible que se proporcione información a las entidades reglamentarias de nuestro negocio y a otros según lo exija la ley, así como también a las autoridades encargadas del cumplimiento de la ley cuando sea necesario con el objeto de prevenir un fraude u otras actividades ilícitas o de entablar una acción judicial.

**Su derecho de acceso y corrección:** En general, usted tiene el derecho de conocer la naturaleza y sustancia de toda la información sobre usted que tengamos en nuestros archivos. También tiene el derecho de acceso de dichos archivos (excepto en el caso de información relacionada con una reclamación o con un procedimiento civil o penal). Sin embargo, es posible queelijamos revelar, al médico que lo atiende, detalles de cualquier información de carácter médico que usted solicite. Si desea ejercitar este derecho, o si desea obtener una explicación más detallada sobre nuestras prácticas relacionadas con la información, sírvase ponerse en contacto con La Colonial.

**Notificación de fraude:** Toda persona que, con la intención de engañar o a sabiendas de estar facilitando un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude de seguro, además, la póliza será anulada a partir de su fecha de vigencia original.

Certifico que he leído las secciones "Aviso de Privacidad" y "Notificación de Fraude" que aparecen en este formulario y comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización, a mi solicitud. Estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización sea válida como original.

|                                 |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|
| Firma del solicitante principal | <input type="text"/>   | Firma cónyuge (sólo cuando la cobertura es solicitada) | <input type="text"/>   |
| Fecha de firma                  | <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año | Fecha de firma   | <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año |

|  |  |  |                      |
|--|--|--|----------------------|
| Firma del representante autorizado y sello de la empresa (pólizas empresariales) | <input type="text"/>   | Nombre del representante autorizado por la empresa | <input type="text"/> |
| Fecha de firma   | <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año |  |                      |

|                      |   |                      |                      |
|----------------------|---|----------------------|----------------------|
| Nombre intermediario | <b>Manuel O. Matos Brea &amp; Asociados</b> | Código intermediario | <input type="text"/> |
|----------------------|---|----------------------|----------------------|

Si los beneficios del empleado no son aprobados, la cobertura de los dependientes no será emitida.

