

SOLICITUD DE SEGURO DE SALUD INTERNACIONAL

SEGUROS SURA, S. A. RNC 1-01-00834-2

Poliza Nueva Inclusión Dependiente

DATOS DEL SOLICITANTE PRINCIPAL

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte		Nacionalidad	
Teléfono Residencial	Teléfono Oficina		Teléfono Celular
Correo Electrónico Personal			
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo	
Estatura (Pies y Pulgadas)		Peso (Libras)	

DATOS DEL SOLICITANTE COMERCIAL

Nombre de la Empresa		RNC
Actividad del negocio		
Teléfono	Fax	Correo Electrónico
Nombre del Representante		Cargo

DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE

Calle Avenida Autopista

Número	Nombre del Edificio/Residencial	Apartamento
Piso	Bloque	Sector
Municipio/Ciudad		Provincia

ESPECIFICACIONES DEL SEGURO

Contrato <input type="checkbox"/> Corporativo <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Mundial Premium <input type="checkbox"/> Mundial <input type="checkbox"/> USA	Plan	Fecha emisión
Deducible <input type="checkbox"/> US\$1,000 <input type="checkbox"/> US\$2,500 <input type="checkbox"/> US\$5,000	Forma de Pago* <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral	* Las pólizas con pagos semestrales son recargadas con un 5% de la prima, dividido en ambos periodos.

COMPLETE ESTAS PREGUNTAS SI ESTÁ SOLICITANDO COBERTURA DE SALUD PARA LOS HIJOS.

¿Tiene usted otro seguro médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Internacional	Número de Poliza	Aseguradora
---	------------------	-------------

DATOS DE LOS DEPENDIENTES

Nombres	Apellidos	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Fecha de Nacimiento	Sexo	Estatura	Peso

SEGURO DE VIDA

Nombres	Apellidos	Parentesco	Cédula / Pasaporte	Fecha de Nacimiento	%

¿Todos los hijos dependientes están bajo su tutela? En caso negativo, proporcione detalles.

Sí No

¿Todos los hijos dependientes dependen de usted para su sustento? En caso negativo, proporcione detalles.

Sí No

¿Hay algún hijo dependiente cuya edad sea mayor de 21 años? En caso afirmativo, anexe certificación de estudios actualizada.

Sí No

Declaración de salud para TODOS los solicitantes. Proporcionar fechas, nombres del solicitante y detalles en caso de respuestas afirmativas en el espacio provisto. Pueden anexar cuantos documentos necesite para completar o ampliar la información solicitada.

¿Sospecha estar embarazada?

Sí No

¿Se le han recomendado o contemplado procedimientos médicos y/o quirúrgicos (incluyendo pruebas de diagnóstico) a realizarse en el futuro?

Sí No

¿Hay alguien que esté tomando actualmente medicamentos por alguna condición? Si responde afirmativamente, liste los nombres, dosis y medicamentos, e indique duración de uso y condición actual.

Sí No

En los últimos 10 años ¿Ha sido examinado, consultado o recibido tratamiento médico? Explique.

Sí No

En los últimos 10 años ¿Ha estado internado en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica? Explique.

Sí No

En los últimos 10 años ¿Ha sido rechazado para cobertura de vida o salud? Explique.

Sí No

¿Hay alguien que fume cigarrillos o tabaco? Indique quién, frecuencia, cantidad (Número de cajetillas por día, tipo de tabaco y número de años fumando)

Sí No

¿Ha recibido antes o le han aconsejado a usted o a uno de sus dependientes tener tratamiento para condiciones emocionales o de trastornos mentales?

Sí No

¿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?

Sí No

¿Hay alguien que consuma bebidas alcohólicas? Especifique tipo, cantidad y frecuencia.

Sí No

¿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. Nosotros supliremos el cuestionario.

Sí No

- | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> SIDA / complicaciones relacionadas | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Desorden sistema Inmunológico | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Naríz | <input type="checkbox"/> Albúmina |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Síndrome túnel carpal | <input type="checkbox"/> Intestinos | <input type="checkbox"/> Convulsión | <input type="checkbox"/> Garganta | <input type="checkbox"/> Reumatismo |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Riñones / vejiga | <input type="checkbox"/> Piel | <input type="checkbox"/> Amputación | <input type="checkbox"/> Colesterol |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Oídos | <input type="checkbox"/> Hígado | <input type="checkbox"/> Fracturas | <input type="checkbox"/> Deformidad | <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza |
| <input type="checkbox"/> Espalda / espina dorsal / cuello | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Pulmones | <input type="checkbox"/> Abuso sustancias | <input type="checkbox"/> Cojera | <input type="checkbox"/> Jaquecas |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial | <input type="checkbox"/> Ojos | <input type="checkbox"/> Desorden nervioso / mental | <input type="checkbox"/> Tiroides | <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Próstata |
| <input type="checkbox"/> Arterias | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Sistema Nervioso | <input type="checkbox"/> Tumor | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Huesos |
| <input type="checkbox"/> Hernias | <input type="checkbox"/> Parálisis | <input type="checkbox"/> Úlcera | <input type="checkbox"/> Quistes | <input type="checkbox"/> Cerebro | |
| <input type="checkbox"/> Desorden sist. reprod. | <input type="checkbox"/> Desorden gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Cirugías | <input type="checkbox"/> Hemorroides | <input type="checkbox"/> Anormalidad congénita | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Alzheimer | <input type="checkbox"/> Trastorno sistema digestivo | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Parto prematuro | <input type="checkbox"/> Tratamiento por Infertilidad | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del sistema muscular | <input type="checkbox"/> Ataque cerebral | | | | |

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

¿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)

Sí No

Certificación: certifico por el presente que estas respuestas y declaraciones son, a mi mejor saber y entender, completas y verdaderas, informaré a Seguros Sura, S. A. si se producen cambios materiales de dicha información entre el momento de completar esta solicitud y el momento en el 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 o la anulación de la cobertura de mi seguro a partir de su fecha de vigencia, sin que sea pagadera ninguna de las prestaciones. Entiendo que las afecciones que serán reveladas en este formulario pueden estar sujetas a todas las condiciones de mi plan incluyendo las limitaciones por enfermedad preexistente. Mi firma comprueba que toda la información y declaraciones contenidas en este formulario, están completas y son precisas.
Autorización: Para todos los médicos y otros profesionales de la atención médica, hospitalarios y otras instituciones de carácter médico, aseguradores, servicios hospitalarios y planes de salud prepagados, empleadores y a la oficina de información médica, ustedes están autorizados a proveer a Seguros Sura, S. A. información concerniente a mi cuidado médico, consultas, tratamientos o suministro (incluyendo aquellos relacionados con enfermedades mentales y/o síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA, 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 cobertura y/o reclamos; esta autorización será válida por 30 meses desde la fecha de firma y 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.
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.

Fecha	Fecha	Fecha
		Código del Corredor / Agente
		Manuel O. Matos Brea & Asociados

Nombre y Firma del Solicitante Principal

Nombre y Firma del Cónyuge

Nombre y Firma del Corredor / Agente