



WorldWide Seguros



WorldWide
Seguros

Formulario de Solicitud de Suscripción Seguro de Gastos Médicos Mayores

Pág. 1 de 6

Póliza Nueva Adición de Dependiente

Rehabilitación Cambio de Plan

Inclusión

Frecuencia de Pago

Anual Semestral Otra

| Planes | | Deducibles | |
|--|--------------------------------|--------------------------|---------|
| <input type="checkbox"/> Signature | <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> | \$1,000 |
| <input type="checkbox"/> Excellence <i>Special</i> | | <input type="checkbox"/> | \$3,000 |
| <input type="checkbox"/> Distinction <i>Premium</i> | | <input type="checkbox"/> | \$5,000 |
| | | <input type="checkbox"/> | Otro |

Contratante

Nombre de la Sociedad

Nombre Comercial

Núm. Contribuyente o equivalente

Domicilio Social

Teléfono (s) Dirección de correo electrónico

Actividad Comercial País de Constitución

Nombre (s) y Apellido (s) del Representante Legal

Cargo o relación con la Sociedad

Nacionalidad Cédula / Pasaporte

Póliza Existente (Si aplica) Dirección de correo electrónico

Solicitante

Primer Nombre Segundo Nombre

Primer y Segundo Apellido / Apellido de Casada

Fecha de nacimiento Sexo F M Nacionalidad

Cédula/Pasaporte Edad Peso Lbs/Kgs Estatura Pies/Mts.

Estado Civil País de Residencia

Ciudad/Provincia Dirección de Residencia

Tel. Residencia Tel. Celular Tel. Oficina

Fax Correo Electrónico Personal

Empresa donde labora Ocupación/Cargo

Dirección

Actividad Económica de la Empresa Sector

Ciudad País



Persona políticamente expuesta

Las Personas Políticamente Expuestas son aquéllas que desempeñan o han desempeñado funciones públicas destacadas en un país extranjero o en su propio país, ej. Jefes de Estado o de gobierno, políticos de alta jerarquía, funcionarios gubernamentales, judiciales o militares de alta jerarquía, altos ejecutivos de empresas estatales, funcionarios importantes de partidos políticos, entre otros. La designación de PEP incluye a su cónyuge y familiares hasta el segundo grado de consanguinidad y segundo de afinidad.

¿Es Usted una Persona Políticamente Expuesta?

Contratante Sí No

Titular Sí No

En caso afirmativo, cargo actual o anterior y tiempo en el cargo

Perfil Financiero

Ingresos anuales actividad principal Menos de 10 mil US\$ 10 mil a 30 mil US\$ 30 mil a 50 mil US\$ Más de 50 mil US\$

Ingresos anuales por otras actividades Menos de 10 mil US\$ 10 mil a 30 mil US\$ 30 mil a 50 mil US\$ Más de 50 mil US\$

Dependientes

| Nombres y Apellidos | Documento de Identidad | Nacionalidad | Fecha de Nacimiento | Sexo | Peso | Estatura | Ocupación | Parentesco |
|---------------------|------------------------|--------------|---------------------|------|------|----------|-----------|------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

¿Los hijos de 19 a 24 años son estudiantes a tiempo completo?

Sí No

Si su respuesta es afirmativa, mencione el nombre y el número de teléfono de la Universidad:

Nombre Hijo

Universidad No. Teléfono

Nombre Hijo

Universidad No. Teléfono



Sección A

Según su mejor entendimiento y conocimiento, hay alguna persona nombrada en esta solicitud que haya padecido o padezca de alguna de las siguientes enfermedades:

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Artritis, neuritis, reumatismo, osteoporosis, lumbago, hernia discal, escoliosis, u otros padecimientos de la columna vertebral u otros trastornos músculo esqueléticos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Embolia, trombosis, migraña, dolores de cabeza u otros padecimientos cerebro vasculares? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 3. ¿Epilepsia, desmayos, mareos, crisis nerviosa, ansiedad, depresión, convulsiones u otros padecimientos del cerebro o sistema nervioso? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 4. ¿Visión defectuosa, glaucoma, cataratas, otitis, laberintitis, mala audición u otros padecimientos de la vista y/o del oído? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 5. ¿Presión arterial alta, problemas del corazón, soplos, valvulopatías, fiebre reumática, angina, infarto, varices, flebitis, patología cardíaca u otros padecimientos del Sistema Cardiovascular? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 6. ¿Tuberculosis, enfisema, bronquitis, rinitis, sinusitis, amigdalitis, asma, alergias u otros padecimientos del Sistema Respiratorio? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 7. ¿Hernia hiatal, reflujo gastroesofágico, gastritis, úlceras, colitis, hepatitis, diverticulosis, hemorroides, problema de los intestinos, recto, hígado, vesícula biliar, páncreas y otros padecimientos del Sistema Digestivo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 8. ¿Cálculos renales, nefritis, infecciones urinarias, sangre en la orina, padecimientos del riñón u otros padecimientos del Sistema Urinario? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 9. ¿Padecimientos de la próstata, testículos, varicocele u otros padecimientos de los órganos reproductivos masculinos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 10. ¿Anemia, anemia falciforme, hemofilia, trastornos de la coagulación u otros padecimientos sanguíneos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 11. ¿Diabetes, colesterol y/o triglicéridos altos, padecimientos de la tiroides, gota o trastornos endócrinos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 12. ¿Cáncer, tumor, quistes, crecimiento y/o inflamación de ganglios linfáticos, leucemia? ¿Ha recibido quimioterapia, radioterapia o tratamiento alternativo? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 13. ¿Prótesis, implantes, amputación, secuelas de algún tipo de limitación funcional? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 14. ¿Alguna deformidad, enfermedad o defecto congénito, pérdida del uso de la audición, ojo(s) o algún miembro? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 15. ¿Ha recibido transfusión de sangre? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 16. ¿Usa o ha usado sustancias psicoactivas o estimulantes? ¿Tiene o ha tenido alguna vez dependencia alcohólica? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 17. ¿Fuma o ha fumado cigarrillos, cigarros, pipas o utilizado productos de tabaco o nicotina en cualquier forma? Especifique cantidad por día y cuánto tiempo tiene o estuvo fumando. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <hr/> | | |
| 18. ¿Enfermedades de transmisión sexual, gonorrea, sífilis, clamidia, infección por virus del papiloma humano, herpes u otras? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 19. ¿Ha tenido alguna enfermedad, padecimiento, signo, accidente o desorden fisiológico, que no se haya mencionado en este cuestionario? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 20. Practica en la actualidad alguna disciplina o deporte motorizado, de alto impacto o riesgo? ¿Desde cuando? Describa. | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |



21. ¿Está usted embarazada? Favor indicar semanas de embarazo Sí No

22. ¿Abortos, dolor pélvico, endometriosis, tumores, quistes, cualquier tipo de masas, cervicitis, enfermedades de los senos, ovarios, trompas, trastornos menstruales, hemorragias menstruales, alteraciones menstruales o desórdenes de los órganos reproductivos? Sí No

Sección B

Además de las enfermedades o padecimientos mencionados en la Sección A, a su mejor entendimiento y conocimiento, hay alguna persona nombrada en esta solicitud que:

1. ¿Haya consultado a un médico para tratamiento médico o quirúrgico, o para consejo de alguna otra enfermedad o alteración de salud que no esté mencionada en la Sección A? Sí No

2. ¿Ha tenido o tiene alguna alteración de buena salud que no haya sido mencionada en la sección A o en la primera pregunta de esta sección? Sí No

3. ¿Haya tenido un examen físico, estudios diagnósticos o pruebas especializadas? Sí No

Si usted ha indicado SI en alguna parte de la Sección A o Sección B, por favor indique por escrito la siguiente información. (Si se requiere más espacio para escribir, se puede dar más detalle en otra hoja).

| Nombre del Paciente | Padecimientos y Fecha | Tratamiento y duración | Nombre y dirección del proveedor médico o centro de atención |
|---------------------|-----------------------|------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

¿Alguno de sus padres, hermanos o hermanas ha tenido tuberculosis, diabetes, cáncer, presión arterial alta, enfermedad del corazón o riñón? Indicar quiénes han padecido de alguna de las enfermedades mencionadas. Sí No

¿Alguna compañía de seguros le ha declinado, aplazado, recargado o limitado un seguro de vida, de accidente o de salud a usted o a alguno de los dependientes nombrados? En caso de contestar afirmativo ¿Por qué razón? Sí No



¿Ha tenido o tiene Seguros de Gastos Médicos/Salud ?

Sí No

Nombre de compañía

Número de Póliza

Nombre del Asegurado

Compañía Aseguradora

Tipo de Póliza

Fecha en que se emitió la póliza

Se encuentra vigente en la actualidad

Sí No

¿Tuvo alguna reclamación?

Sí No

En caso afirmativo especificar

Sección C. Beneficiarios Primarios

Favor indicar los beneficiarios del beneficio de Vida.

| Nombres y Apellidos | Fecha de Nacimiento | Documento de Identidad | Nacionalidad | Ocupación | Parentesco | % |
|---------------------|---------------------|------------------------|--------------|-----------|------------|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Primarios es menor de edad, el beneficio correspondiente será entregado a

Parentesco Cédula/Pasaporte

Beneficiario(s) Contingente(s)

| Nombres y Apellidos | Fecha de Nacimiento | Documento de Identidad | Nacionalidad | Ocupación | Parentesco | % |
|---------------------|---------------------|------------------------|--------------|-----------|------------|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Si a mi fallecimiento alguno de mis Beneficiarios Contingentes es menor de edad, el beneficio correspondiente será entregado a

Parentesco Cédula/Pasaporte



Comentarios adicionales

Queda entendido y convenido que:

a. WorldWide Seguros, (en adelante “La Compañía”), se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud. La cobertura provista por La Compañía no entrará en vigor hasta que la solicitud sea recibida, aprobada y notificada por La Compañía.

b. Usted está de acuerdo que todas las respuestas mencionadas son completas y verdaderas. Si hubiera alguna(s) respuesta(s) falsa(s), inexacta(s), incompleta(s), fraude u omisión en esta solicitud, entonces el contrato podrá ser dado por terminado por La Compañía.

c. Con presentar una fotocopia o el original de este documento, autorizo voluntaria, libre y expresamente, durante toda la vigencia de la póliza, aún después de mi fallecimiento, a cualquier médico, profesional, hospital público o privado, clínica, Caja de Seguro Social u otra entidad o agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente, proveedor de servicio de salud, empleador, asegurador o tenedor de pólizas de grupo, todos estos ya sea que estén ubicados en el territorio de la República Dominicana o en el extranjero, para proveer a La Compañía o representantes autorizados, de copia del expediente clínico, de toda información que ésta requiera en relación con mi salud de cualquier naturaleza y en cualquier etapa de mi vida, registrada en cualquier medio, incluyendo, pero sin limitarse, registros respecto a consejos, indicaciones, cuidado (s) o tratamiento (s) proporcionado (s) a mí y/o a mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. Esta es una manifestación libre y voluntaria. Por lo anteriormente manifestado, relevo (relevamos) y libero (liberamos) a todas esas personas, instituciones privadas y/o públicas, nacionales o extranjeras, de toda responsabilidad que le pueda comprometer por revelar, suministrar, mostrar o entregar copias simples o autenticadas de la información o documentación descrita anteriormente.

d. Autorizo a WorldWide Seguros, a solicitar, gestionar y obtener ante cualquiera entidad de intermediación financiera y crediticia nacional o internacional, toda la información que sea considerada sobre mi historial de crédito, incluyendo de manera enunciativa y sin limitación alguna, a las obligaciones y transacciones comerciales que sean llevadas o pudiesen ser llevadas a cabo con cualquier entidad económica.

Firma del Contratante

Fecha

Firma del Asegurado Titular
(si no fuera el contratante)

Fecha

Nombre del Agente

Firma del Agente