



Inclusión

Modificación

# Solicitud de Seguro Médico Internacional Blueline

## Información del solicitante principal

Solicitud de seguros para: Titular  Cónyuge  Dependiente  Cédula o pasaporte: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha nacimiento: 

Día	Mes	Año

 Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Estado Civil: Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Unión libre  Estatura: \_\_\_ pies \_\_\_ pulgadas Peso (lbs): \_\_\_\_\_

Cantidad de hijos: \_\_\_\_\_ Dirección: Calle/Av. : \_\_\_\_\_ Edificio: \_\_\_\_\_

Apto./Casa No.: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Tipo de vivienda: Propia   
Alquilada  Otra: (especifique) \_\_\_\_\_ Ocupación/Profesión: \_\_\_\_\_

Teléfono residencia: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nivel académico: Primaria  Universitario  Maestría  Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ Ingresos anuales RD\$: \_\_\_\_\_  
Secundaria  Post-grado

Enviar correspondencia: Residencia  Oficina  Dirección de la empresa: Calle/Av.: \_\_\_\_\_

Edif./Local No.: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

## Datos relativos a la empresa (si solicita cobertura bajo el Plan Corporativo)

Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_ R.N.C.: \_\_\_\_\_

Actividad de la empresa: \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: 

Día	Mes	Año

Calle: \_\_\_\_\_

Sector: \_\_\_\_\_ Edif./Local No.: \_\_\_\_\_ Ciudad o provincia: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

## Tipo de planes

Favor indicar uno de los siguientes planes: Infinity  Liberty  Star  Star sin maternidad  Forma de pago:

Indique el deducible según plan escogido: Opción I:  Deducible US\$500 Opción II:  Deducible US\$1,000 Opción III:  Deducible US\$2,500 Opción IV:  Deducible US\$5,000 Opción V:  Deducible US\$10,000 Semestral  Anual  Prima: \_\_\_\_\_

## Información de Dependientes (listar en orden de edad siendo el mayor el primero)

Nombres y apellidos completos	Sexo	Fecha nacimiento	Parentesco	Estatura	Peso (lbs.)	% Seguro Vida

\* En caso de ser necesario más espacio, favor anexar hojas con el respectivo detalle, firmadas por el solicitante y fechada.

## Completar la siguiente sección si los beneficiarios difieren de los dependientes a los que se les solicita la cobertura

Nombres y apellidos completos	Fecha de nacimiento	Parentesco	%

## Información sobre otros seguros

Indicar si usted o alguno de sus dependientes tiene otro Seguro Médico, en caso afirmativo, favor de proporcionar toda la información relacionada a dicho seguro.

Compañía: \_\_\_\_\_ Fecha de emisión: 

Día	Mes	Año

Cobertura por año: \_\_\_\_\_

Detalles adicionales: \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y teléfono del médico de cada propuesto asegurado	Fecha y motivo de la última consulta	Medicamentos recetados y tratamientos

### Sección A

¿Según su mejor entendimiento y conocimiento, favor indicar si alguna persona nombrada en esta solicitud ha padecido o padece de de las siguientes enfermedades?

Sí No

- Cáncer o tumores malignos.
- Cálculos en los riñones, alteración en los riñones o en la vejiga, frecuencia urinaria o ardor.
- Goiter, alteración en la tiroides, diabetes, quistes, albúmina.
- Epilepsia, enfermedades mentales o nerviosas, alteración del hígado, cerebro, parálisis, convulsión, dolor de cabeza, jaquecas.
- Adicto a las drogas por las cuales dicha persona ha sido tratada u hospitalizada, alcoholismo.
- Alteración de la vesícula, hernia, alteración del estómago o los intestinos, úlceras, hemorroides.
- Cataratas u otra alteración de los ojos, oídos, nariz, garganta.
- Tuberculosis, enfermedades pulmonares, asma o bronquitis, alergias.
- Artritis, reumatismo, padecimiento en espina dorsal, problemas de espalda, cuello, cirugías, fracturas, amputación, cojera y gota.
- Patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial, anemia, fiebre reumática, problemas de arterias, corazón, colesterol.
- (Femenino) Alteraciones menstruales o hemorragias menstruales, desorden en los órganos reproductivos, osteoporosis.
- (Masculino) Alteraciones de la próstata.
- SIDA (Síndrome Inmunológico de Deficiencia Adquirida) / complicaciones relacionadas, desorden sistema inmunológico.
- Enfermedades de la piel.

### Sección B

Además de las enfermedades mencionadas en la Sección A, a su mejor entendimiento y conocimiento, habrá alguna persona nombrada en esta solicitud que:

Sí No

- ¿Haya consultado a un médico para tratamiento médico o quirúrgico, o para consejo de alguna otra enfermedad que no esté mencionada en la Sección A?
- ¿Haya tenido alguna alteración de buena salud que no haya sido mencionada en la Sección A o en la primera pregunta de esta sección?
- ¿Haya tenido un examen físico?

### Sección C

De haber marcado "Sí" en alguna parte de la Sección A o Sección B, favor indique por escrito la siguiente información. (Si requiere más espacio para escribir, puede dar más detalles en otra hoja la cual debe ser firmada y fechada).

Nombre del paciente	Diagnóstico y tratamiento	Fecha diagnóstica	Condición actual	Nombre y dirección del médico o Nombre y dirección del hospital

### Favor leer detenidamente - Esta sección deberá ser fechada y firmada

Queda entendido y convenido que:

(A) SEGUROS BANRESERVAS, S. A. (de aquí en adelante "La Compañía") se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción. La Cobertura provista no entrará en vigor hasta que se reciba y apruebe la solicitud. La cobertura entrará en vigor el primero del mes siguiente a la fecha de aprobación de la solicitud por La Compañía.

(B) Usted está de acuerdo que todas las respuestas mencionadas anteriormente son completas y verdaderas según su conocimiento y entender. Si hubiera algunas respuestas falsas en esta solicitud, entonces el contrato podrá ser anulado por La Compañía a partir de la fecha de vigencia sin que sea pagadera ninguna de las prestaciones. Entiendo que una declaración falsa puede dar lugar a un rechazo de reclamo e informaré a La Compañía, si se produjera cualquier cambio material de dicha información, entre el momento de firmar la solicitud y el momento en que entre en vigencia la póliza.

(C) Con presentar una fotocopia o el original de este cuestionario, autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica u otra entidad, agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada de proveer a La Compañía información, incluyendo copia de registros respecto a consejos, cuidados o tratamientos proporcionados a mí y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

Por este medio, AUTORIZO expresamente a SEGUROS BANRESERVAS, para realizar las consultas y revisión de mi historial crediticio en cualesquiera de las Sociedades acreditadas en el país, para fines de la evaluación de riesgo con relación a la solicitud de cotización o póliza de seguro durante la vigencia de la misma. Así mismo declaro que conozco la naturaleza y el alcance de la información que será solicitada, para el uso exclusivo de SEGUROS BANRESERVAS.

Solicitante Principal: \_\_\_\_\_  
Firma

Fecha: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Representante de Seguro de Personas

\_\_\_\_\_  
Firma del Cónyuge (sólo cuando la cobertura es solicitada)

Fecha: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

\_\_\_\_\_  
Firma del Intermediario

Fecha: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año