

Formulario de Solicitud

Datos relativos a la empresa

Nombre: _____ RNC: _____ Plan Elegido: Plan Mundial Plan USA
 Dirección: _____ Edificio: _____
 Número de apartamento: _____ Sector / Barrio: _____ Ciudad: _____
 Teléfonos: _____ Fecha de ingreso al empleo: _____
 Fax: _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Datos del solicitante principal

Nombres: _____ Apellidos: _____
 Cédula/pasaporte: _____ Sexo: M F
 Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Estado Civil: Casado _____ Soltero _____ Unión Libre _____
 Nacionalidad: _____ Estatura (Pies, pulgadas): _____ Peso en libras: _____
 Dirección: _____ Edificio: _____
 Número de apartamento: _____ Ciudad: _____ Sector: _____
 Teléfono Residencial: _____ Celular: _____
 Correo Electrónico: _____

Datos de los dependientes

Nombres y Apellidos	Cédula / Pasaporte	Parentesco (Conyuge, Hijos)	Fecha de Nacimiento			Sexo M F	Estatura (Pies, pulg.)	Peso (libras)	Seguro de Vida (Beneficiarios)		
			Día	Mes	Año				Sí	No	%

Seguro de Vida – Otros beneficiarios Complete esta sección si los beneficiarios son distintos a los dependientes antes señalados.

Nombres	Apellidos	Parentesco	%

Complete estas preguntas si está solicitando cobertura de salud para los hijos, proporcione fechas y detalles para las respuestas negativas

Sí	No	Local	Internacional	No. de Póliza	Aseguradora

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

Sí	No	
		¿Sospecha estar o está embarazada?
		¿Se le ha recomendado o contemplado procedimientos médicos y/o quirúrgicos (incluyendo pruebas de diagnósticos) a realizarse en el futuro?
		¿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.

Sí	No	En los últimos:
		5 años ¿Ha sido examinado, consultado o recibido tratamiento médico? Explique.
		5 años ¿Ha estado internado en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica? Explique.
		10 años ¿Ha sido rechazado para cobertura de vida o salud? Explique.
		¿Hay alguien que fume cigarrillos o tabaco? Indique quién, frecuencia, cantidad (no.de cajetillas por día, tipo de tabaco y no. de años fumando).
		¿Ha recibido antes o le han aconsejado a usted o a uno de sus dependientes tener tratamiento para condiciones emocionales o de trastornos mentales?
		¿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?
		¿Hay alguien que consuma bebidas alcohólicas? Especifique tipo, cantidad y frecuencia.
		¿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).

En los últimos 10 años, ¿alguno de los solicitantes ha estado enfermo o ha sido tratado de cualquiera de las siguientes condiciones? Si _____ No _____. Si contesta afirmativamente, seleccione el recuadro apropiado y explique. Debe incluir el cuestionario correspondiente a esa condición, debidamente completado por su médico tratante. Nosotros lo supliremos:

- | | | | | | |
|---|--|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sida / complic. relacionadas | <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Desorden sist. inmunológico | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Nariz | <input type="checkbox"/> Albúmina |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Síndrome tunel 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"/> Hernia | <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 sist. digestivo | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple | <input type="checkbox"/> Parto prematuro | <input type="checkbox"/> Trat. por infertilidad | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del sist. 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.

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

Certificación: certifico por el presente que estas respuestas y declaraciones son, a mi mejor saber y entender, completas y verdaderas, informaré a Proseguros, 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 sean 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, hospitales y otras instituciones de carácter médico, aseguradores, servicios u hospitalarios y planes de salud prepagados, empleadores y a la oficina de información médica, ustedes están autorizados a proveer a Proseguros, 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 la 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.

Firma del solicitante principal

Fecha de firma: _____

Firma del cónyuge (sólo cuando la cobertura es solicitada)

Fecha de firma: _____

Firma del representante autorizado por la empresa (pólizas empresariales)

Fecha de firma: _____

Nombre del representante autorizado por la empresa:

Nombre intermediario: _____ Código intermediario: _____

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