



SOLICITUD DE INCLUSION

Ave. Tiradentes No. 14, Edif. Alfonso Comercial. 6ta. Planta. Ensanche Naco. Santo Domingo, R. D. Tel.: 809-562-6660. Fax: 809-562-6849

Nombre de la Empresa: _____

Contrato No. _____

Efectividad: _____

No. de Afiliado: _____

FOTO
TITULAR

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO (VER DORSO PARA DEPENDIENTES)

Apellidos _____

Nombres _____

Fecha Nacimiento / /
Día Mes Año

Sexo Masculino
 Femenino

Estado Civil Soltero
 Casado

Cédula Identidad y Electoral o No. Pasaporte _____

Dirección _____

País de Residencia _____

Ocupación _____ Fecha de Empleo / /
Día Mes Año

Salario Mensual RD\$ _____ Peso (Lbs.) _____ Estatura (Pies) _____

DECLARACIÓN DE SALUD

BMI, Compañía de Seguros S. A. se reserva el derecho de aceptar o declinar cobertura sujeta a la información suministrada y/o la omisión de la misma. Las Condiciones Pre-existentes no declaradas no estarán CUBIERTAS.

Padece o ha padecido usted o cualesquiera de sus dependientes o ha sido tratado o esta siendo tratado por algunas de estas condiciones:

Sí No

Sí No

- a. Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes del sistema respiratorio.
- b. Dolores en el pecho, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardiaco, ataques cardiacos y otras enfermedades o desórdenes del corazón o sistema circulatorio.
- c. Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, jaquecas u otra enfermedades o desórdenes del cerebro o del sistema nervioso o trastorno mental.
- d. Albúmina o sangre en la orina u otras enfermedades o desórdenes de los riñones, vejiga o próstata, o enfermedades venéreas.
- e. Enfermedades o desórdenes de la piel, de los ganglios linfáticos y quistes.
- f. Diabetes, tiroides, gota u otro trastorno endocrino.
- g. Ictericia, hemorragia intestinal, ulcera hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado o vesícula biliar.

- h. Algunas enfermedades o desórdenes de los músculos, huesos o coyunturas, incluso de la columna vertebral la espalda y las articulaciones.
- i. Algunas enfermedades o desórdenes de los ojos, oídos, nariz o garganta.
- j. Alergias, anemia u otro desorden sanguíneo.
- k. Algunas enfermedades o desórdenes de los órganos reproductivos.
- l. Otras enfermedades, lesiones, operaciones deformidades, desórdenes o amputación.
- m. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Síndrome Complejo relacionado al SIDA (SCRS)
- n. Además de lo arriba mencionado, ¿han sido pacientes en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución medica?
- o. Cáncer o tumores de alguna clase.
- p. Tratamiento que recibe en la actualidad.

Si su respuesta es positiva, favor suministrar detalles acerca de la condición y ESPECIFICAR CUALES DEPENDIENTES padecen estas condiciones.

Tiene usted o sus dependientes cirugías, procedimientos o tratamientos pendientes? Si NO

Especifique que procedimientos y a quien se le efectuarán: _____

Ha sido sometido a alguna cirugía Si NO

Si es positivo, especifique tipo de cirugía y quien fue sometido _____

En caso de Embarazo en proceso:

Especificar quien: _____ Médico Tratante: _____

Tiempo de Embarazo: _____ Centro Médico: _____

Solicito ser miembro de los planes de Servicios Médicos voluntarios, por los cuales soy o podría ser elegible. Autorizo a BMI, Compañía de Seguros, S. A. a obtener toda la información que considere necesaria respecto a exámenes o tratamientos médicos practicados, o que en el futuro se hagan, a mí o a las personas por incluirse en el plan solicitado. Autorizo a cualquier médico, clínica, hospital, la Oficina de información Médica o institución que posea esta información, en lo que a mi o a mi familia respecta, para que la suministre. Autorizo, si admitido a este plan a la deducción apropiada de mi sueldo.

Certifico bajo juramento que todos los datos, suministrados por mi son correctos. veraces y están completos.

DEPENDIENTES CUBIERTOS (CÓNYUGE E HIJOS)

1. Foto

Nombres _____
Apellidos _____
Parentesco: Cónyuge Hijo Hija Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Día Mes Año
Cédula o Pasaporte No. _____ Peso _____
País de Residencia _____ Estatura _____

2. Foto

Nombres _____
Apellidos _____
Parentesco: Cónyuge Hijo Hija Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Día Mes Año
Cédula o Pasaporte No. _____ Peso _____
País de Residencia _____ Estatura _____

3. Foto

Nombres _____
Apellidos _____
Parentesco: Cónyuge Hijo Hija Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Día Mes Año
Cédula o Pasaporte No. _____ Peso _____
País de Residencia _____ Estatura _____

4. Foto

Nombres _____
Apellidos _____
Parentesco: Cónyuge Hijo Hija Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Día Mes Año
Cédula o Pasaporte No. _____ Peso _____
País de Residencia _____ Estatura _____

Firma Titular

Fecha