

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

TIPO DE NOVEDAD

Emisión Inclusión titular Inclusión dependiente Cambio de plan Cambio de deducible Inclusión de coberturas opcionales Cambio de dependiente a titular

PLAN DE SALUD LOCAL

¿Cuenta actualmente con otro seguro de salud? Sí No | Si la respuesta es Sí, indique la compañía y nombre del plan

OPCIÓN SOLICITADA

Modalidad del plan Individual Familiar Colectivo

Frecuencia de pago Anual Semestral Trimestral Mensual

Plan solicitado Latitud Classic Master Executive Premium Platinum Otro _____

Deducible en Rep.Dom. US\$0 US\$0/1,000 US\$1,000 US\$2,500 US\$5,000 US\$10,000 US\$15,000

Deducible internacional US\$1,000 US\$2,500 US\$5,000 US\$10,000

Deducible Master US\$0/1,000

COBERTURAS OPCIONALES

Seguro de vida US\$10,000 US\$20,000 US\$50,000 Titular Titular y cónyuge

Fallecimiento accidental Sí No | Incapacidad total y permanente Sí No | Odontología Sí No

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre completo _____ Ocupación/Naturaleza del negocio _____

RNC/Cédula _____ Persona de contacto _____

Calle y número _____ Ciudad _____

Nombre de edificio y/o plaza _____ Apart. No. _____ Sector _____

Teléfono _____ Celular _____ Fax _____ Correo electrónico _____

DATOS DEL AFILIADO TITULAR

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Lugar de trabajo _____

Primer apellido _____ Segundo apellido _____

Estado civil Soltero Casado | Sexo M F | Fecha de nacimiento (día, mes y año) _____ Edad _____

Peso (libras) _____ Estatura (pies/pulg.) _____ Documento identificación Cédula Pasaporte

Nacionalidad _____ Ocupación _____

Calle y número _____ Ciudad _____

Nombre condominio y/o edificio _____ Apart. No. _____ Sector _____

Teléfono casa _____ Teléfono oficina _____ Celular _____ Fax _____

Correo electrónico _____ Código millas Advantage _____

DEPENDIENTES

Nombre completo	Cédula o pasaporte	Parentesco	Fecha de Nac. (día/mes/año)	Sexo (F/M)	Estatura (pies/pulg.)	Peso (libras)

BENEFICIARIOS DE SEGURO DE VIDA DEL TITULAR

Nombre completo	Cédula o pasaporte	Parentesco	% Asignado

SECCIÓN 1

1. Sí No ¿Gozan usted y sus dependientes de buena salud?
2. Sí No ¿Se le ha recomendado y/o indicado a usted y/o algún dependiente de los que solicitan cobertura, que se examine, realice tratamiento médico, quirúrgico y/o de cualquier tipo, o ha experimentado síntomas o manifestaciones, se le ha diagnosticado o se ha examinado de cualquier afección médica, física, mental o nerviosa?
3. Sí No ¿Tiene usted y/o algún dependiente de los que solicitan cobertura, programada y/o pendiente alguna cirugía, tratamiento o examen para cualquier afección médica, física, mental o nerviosa?
4. Sí No ¿Tiene usted o alguno de sus dependientes algún defecto o limitación física, congénita o adquirida?
5. Sí No ¿Ha usado usted y/o alguno de sus dependientes que solicite cobertura alguna vez: heroína, morfina, LSD, marihuana, cocaína u otra droga narcótica o psicoterapéutica? ¿Con qué frecuencia? ¿Y por qué? _____
6. Sí No ¿Practica usted y/o algún dependiente algún deporte? ¿Cuál(es)? _____ ¿Quién(es)? _____
7. Sí No ¿Fuma o ha fumado usted y/o alguno de sus dependientes? En caso afirmativo ¿Quién(es)? _____ ¿Qué? _____ ¿Cuántos? _____
8. Sí No ¿Está usted o alguna de sus dependientes embarazada? En caso afirmativo, indique quién y cuántas semanas _____
9. Sí No ¿Ha recibido usted y/o alguno de sus dependientes transfusiones sanguíneas?
10. Sí No ¿Consumo o consumía usted o alguno de sus dependientes bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, ¿Con qué frecuencia las consume? Diario Semanal Mensual
Cantidad _____ Tipo de alcohol _____

SECCIÓN 2 PADECE O HA PADECIDO USTED Y/O SUS DEPENDIENTES DE:

11. Sí No Enfermedades del sistema nervioso: epilepsia, hemiplejia, infarto cerebral, retardo mental, desmayos, vértigo, convulsiones, meningitis, neurastenia.
12. Sí No Enfermedades del corazón, cardiovasculares y/o circulatorias, incluyendo pero sin limitarse a: insuficiencia cardiaca congestiva, ataque cardiaco, angina, dolor de pecho, arteriosclerosis, alta presión sanguínea, baja presión sanguínea, inflamación de pies y tobillos, trombosis, flebitis, fiebre reumática, soplo del corazón, infarto.
13. Sí No Enfermedades de la sangre: vasos sanguíneos, arterias, venas o trastornos sanguíneos, incluyendo, pero sin limitarse a: anemia, hemofilia, anemia falciforme, leucemia, hepatitis, glándulas linfáticas, colesterol alto, hiperlipidemia, venas varicosas; cuagulopatías, incluyendo pero sin limitarse a: hemofilia A y B, deficiencia del factor II, V, VII, VIII, X y XII; púrpura trombocitopénica idiopática (PTI), púrpura trombocitopénica o S, CID (Coagulación Intravascular Diseminada), trombocitopénica inmune, trombocitopénica trombótica, defectos de la función plaquetaria.
14. Sí No Enfermedades del sistema endocrino, tales como diabetes, obesidad, hipofísis, hipotiroidismo, hipertiroidismo, nódulos, trastornos de las glándulas tiroideas, trastornos de las glándulas suprarrenales, hiperglicemia, hipoglicemia. En caso de responder afirmativamente a la diabetes, favor completar a continuación:
 - a. Tipo de diabetes: I _____ o II _____ Fecha diagnosticada _____
 - b. ¿Controlada con dieta solamente? Sí No
 - c. Medicamentos (tipos/dosis/tiempo de tratamiento) _____
 - d. Anexar última prueba de Hemoglobina Glicosilada (HbA1c).
15. Sí No Cáncer, quiste, pólipo, melanoma, sarcoma de Kaposi, protuberancia o tumor de cualquier tipo, masas, linfomas, fibromas.
16. Sí No Enfermedades del sistema osteomolecular: huesos, articulaciones y músculos, incluyendo pero sin limitarse a: escoliosis, hernias, enfermedad del disco, vértebra o cualquier otra afección de la espalda, reumatismo, artritis, gota, tendonitis, osteoporosis, osteopenia, artrosis, condromalacia, inflamación, espina bifida, síndrome del túnel carpiano.
17. Sí No Trastornos gastrointestinales, hígado, páncreas, trastornos de la vesícula biliar. Sistema digestivo, estómago o intestinos, incluyendo, pero sin limitarse a: reflujo esofágico, hernia hiatal, gastritis, úlceras, trastorno del recto y del colon, pólipos intestinales, hemorroides.
18. Sí No Enfermedades del sistema respiratorio incluyendo pero sin limitarse a: tos crónica, asma, tuberculosis, enfisema, bronquitis, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), faringitis.
19. Sí No Enfermedades del sistema génito-urinario: tumores, enfermedades de la próstata, insuficiencia renal, cálculo renal, quiste renal, trastornos en la vejiga, hematuria, hiperplasia, displasia, quiste de ovario, sangrado genital fuera de la menstruación, trastornos de útero y/o trompas.
20. Sí No Trastornos mentales y del sistema nervioso, incluyendo pero sin limitarse a: psicosis, esquizofrenia, depresión, trastornos bipolares, trastornos del comportamiento, abuso o dependencia de sustancias químicas o drogas, ansiedad, trastornos alimenticios.
21. Sí No Trastornos neurológicos, incluyendo, pero sin limitarse a: esclerosis múltiple (EM), distrofia muscular, esclerosis lateral amitrófica (enfermedad de Lou Gehrig (ALS), mal de Parkinson, parálisis, epilepsia, convulsiones, migrañas, dolores de cabeza crónicos, derrame cerebral o ataques isquémicos cerebrales transitorios.
22. Sí No Trastornos autoinmunes, incluyendo pero sin limitarse a: tiroiditis de Hashimoto, anemia perniciosa, enfermedad de Addison, artritis reumatoidea, lupus eritematoso o sistémico, dermatomiositis, síndrome de Sjogren, miastenia grave, síndrome de Rieter, bocio tirotóxico, enfermedad de graves, anemia hemolítica autoinmune, hepatitis autoinmune, hemoglobinopatía.
23. Sí No Enfermedades de ojos, oídos, nariz, boca, garganta mandíbula, incluyendo, pero sin limitarse a: cataratas, glaucoma, desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).
24. Sí No Enfermedades de transmisión sexual, incluyendo, pero sin limitarse a: VIH, SIDA, virus del papiloma humano (VPH), sífilis, gonorrea, hepatitis B y C.
25. Sí No Accidentes, heridas o fracturas.
26. Sí No Cualquier otra enfermedad, padecimiento, lesión, condición o afección de cualquier tipo no mencionada anteriormente.

SI HA CONSTESTADO AFIRMATIVAMENTE ALGUNAS DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, ESPECIFIQUE:

No. de pregunta	Nombre del paciente	Diagnóstico	Tratamiento o intervención	Fecha de diagnóstico / tratamiento	Estado Actual	Nombre del Médico o Clínica

FAVOR LEER DETENIDAMENTE

1. Yo, el Solicitante de Afiliación, por la presente declaro bajo la fe del juramento y certifico que he leído todas las preguntas reflejadas en esta solicitud, y que las respuestas a las mismas y las informaciones y afirmaciones establecidas en esta son ciertas, verdaderas y completas, y constituyen la condición esencial para que La Compañía evalúe la suscripción del contrato de aseguramiento y consienta en suscribir el contrato y emitir el (los) Plan(es) correspondiente(s) en virtud de las especificaciones contenidas en esta solicitud. Por la razón antes expuesta, convengo que cualquier omisión, inexactitud, falsedad o reticencia contenida en las informaciones suministradas por mí dará lugar a la nulidad del contrato y su correspondiente rescisión sin perjuicio de la terminación por incumplimiento y otras responsabilidades que pudieran derivarse por este hecho, sin que ello conlleve responsabilidad para La Compañía. De igual modo, convengo que en caso de que La Compañía acepte esta solicitud, el(los) Plan(es) de Salud contratado(s) surtirá(n) efecto a partir de la fecha de afiliación establecida en el carnet de afiliación, previo al cumplimiento de las condiciones de La Compañía del contrato de aseguramiento

2. La Compañía se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de afiliación.

3. Yo, el Solicitante de Afiliación, autorizo a cualquier médico profesional, hospital o clínica, agencia gubernamental u otra PSS, a proveer a La Compañía las informaciones que le sean requeridas sobre mi estado de salud, cuidado o tratamiento o el de mis dependientes, incluyendo copias de registros, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. De igual modo, autorizo a La Compañía a suministrar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesaria a los fines de evaluación de crédito, únicamente para fines de evaluación de la presente Solicitud de Afiliación, al tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cualesquiera acciones y demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por las causas antes citadas.

Firma titular afiliado

Firma y sello contratante

Fecha

Fecha

DATOS COMERCIALES PARA SER COMPUTADOS POR INTERMEDIARIOS

Firma Intermediario

Código

Fecha (día, mes y año)

Gerente de Negocios

Gerente de Salud Internacional

This document contains PRIVILEGED AND CONFIDENTIAL INFORMATION, including but not limited to health information that is privileged and legally protected from disclosure by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), and it is intended only for the address(es) named above. If you are not the intended recipient of this document, or the employee or agent responsible for delivering it to the intended recipient, you are hereby notified that any dissemination or copying of this document is strictly prohibited. If you have received this transmission in error, please notify our office by telephone and return the original document to us by mail to the following address: Av. Lope de Vega No. 36, Phone: 809-476-3535, Fax: 809-476-3590, E-mail: saludinternacional@arshumano.com