

Solicitud de Seguro Médico Catastrófico

Plan Relax en Pesos

Plan Relax en Dólares

Datos generales

Cuenta No.

Póliza No.

Fecha de efectividad

día

mes

año

Nombres

1er. y 2do. Apellidos

Fecha de nacimiento

día

mes

año

Sexo

M

F

Estado civil

Casado(a)

Soltero(a)

Unión Libre

Estatura

Peso

Cédula

Pasaporte (si es extranjero)

Nacionalidad

Calle y Número

Edificio

Número de Apto

Sector/Barrio

Ciudad

Teléfono

Celular

Correo Electrónico

Todas sus Ocupaciones
(tareas que ejecuta, nombre de Empresa o patrono)

Ingreso mensual

Completar si el contratante no es el propio asegurado

Nombre completo

Parentesco

Dirección

Cédula

Datos médico de cabecera

Nombre completo

Teléfono

Dirección

Beneficiario

Completar para asegurados adicionales

Nombre Completo del Solicitante	Parentesco	Fecha de nacimiento	Sexo	Estatura	Peso	Cédula

Indique cualquier otro seguro de salud que le ampara a usted, a su cónyugue o a cualquiera de sus hijos dependientes:

¿ Este Seguro (en caso de ser aceptado) reemplazaría algún seguro existente? Sí No

Cuestionario de muerte accidental

a. ¿Tiene vigente alguna póliza de vida o accidente?

Sí

No

b. ¿Viaja usted más de 20 horas en avión al año?

Sí

No

a. Problemas de los ojos, oídos, incluyendo cataratas?

Sí

No

c. ¿Recorre usted más de 1,000 Kms. en automóvil al mes?

Sí

No

d. ¿Practica usted algún deporte?

Sí

No

Cuestionario de salud

Alguna compañía de Seguro se ha negado a darle cobertura, a renovar alguna póliza en su aniversario, o ha cancelado o modificado algún seguro de salud o de vida?

Sí

No

Alguna persona de las incluidas en esta solicitud, ha sido notificada a través de un médico o practicante de medicina que padece, o ha sido tratada por alguna de las siguientes condiciones?

Sí

No

a. Problemas de los ojos, oídos, incluyendo cataratas?

Sí

No

b. Problemas nerviosos, desordenes mentales, epilepsia, vértigo, convulsión, parálisis o migraña?

Sí

No

c. Problemas de corazón, circulatorios, dolores en el pecho, alta presión arterial, angina, deficiencias respiratorias o fiebres reumáticas?

Sí

No

d. Enfermedades de los pulmones, asma, bronquitis, tos crónica, padecimientos de la garganta o tuberculosis?

Sí

No

	Sí	No
e.Enfermedades o problemas del estómago, intestinos, hígado, vesícula, úlceras, colitis, hemorroides, problemas de riñones o de las vías urinarias, albúmina en la orina o padecimientos de la vejiga?	☐	☐
f. Enfermedades musculares o padecimientos de la espalda, reumatismo, artritis, gota o inflamación del sistema fibroso,amputaciones, osteoporosis, deformidades óseas o musculares o hernias?	☐	☐
g.Cáncer, tumor o problemas de la sangre?	☐	☐
h.Dermatitiis o problemas de la piel, tales como enfermedades de chagas?	☐	☐
I. Sinusitis, desviación del tabique nasal o cualquier otro desarreglo de la nariz?	☐	☐
j. Problemas endocrinólogos, padecimiento de la tiroides, diabetes, azúcar en la orina?	☐	☐
k. Padecimiento de las glándulas mamarias, ovarios, útero, vagina, cerviz, desarreglos menstruales, problemas de infertilidad o cualquier trastorno interno de la mujer? Problemas en el pene, testículos o en la Próstata, en el hombre?	☐	☐
m.Está la solicitante o cónyuge en estado de gestación en estos momentos?	☐	☐
n. Ha tenido usted algún resultado positivo para VIH o ha estado en contacto con alguien que lo padezca ?	☐	☐
Alguno de los aspirantes al seguro indicados en esta solicitud:		
p.Ha realizado algún exámen médico de rutina en los últimos cinco (5) años?	☐	☐
q.Ha habido resultados anormales en los chequeos nombrados en el inciso anterior?	☐	☐
r. Se le han recomendado rayos X, electrocardiogramas, electroencefalograma, pruebas de sangre, orina o cualquier otro tipo de investigaciones médicas?	☐	☐
s. Ha estado alguna vez ingresado en un hospital, clínica o sanatorio en los últimos cinco (5) años)?	☐	☐
t. Está o ha estado en los últimos cinco (5) años bajo tratamiento o medicamento?	☐	☐
u. Ha tenido alguna intervención quirúrgica en los últimos siete (7) años?	☐	☐
v. Se le ha recomendado alguna intervención quirúrgica (cirugía) que no se haya realizado?	☐	☐
w.Ha recibido tratamiento por alcoholismo, por adicción a drogas, o abuso a alguna otra sustancia nociva a la salud?	☐	☐
x. Ha fumado cigarros o tabacos en los últimos doce (12) meses?	☐	☐
y. Alguno de los aspirantes al seguro tiene en su familia inmediata (padre/madre) historia de diabetes, hipertensión, problemas del corazón o enfermedades de la circulación?	☐	☐

Si contestó "Si" en alguna de las preguntas anteriores, favor detallarnos la siguiente información:

Pregunta No.	Aspirante	Diagnóstico, tratamiento y médico tratante (Si ha sido operado, infórmenos)	Fecha	Estado actual

En caso de ser necesario más espacio, favor anexar hojas con el respectivo detalle y firmada por el solicitante.

¿ Proveerá información adicional en un documento separado ? ☒ Sí ☐ No

CERTIFICACIÓN

Yo certifico y manifiesto que he leído todas las preguntas reflejadas en esta solicitud y que las contestaciones a las mismas son ciertas y completas. Certifico además que toda persona a ser cubierta por esta póliza reside permanentemente en República Dominicana. Entiendo que ningún agente o representante está autorizado a efectuar cambios, modificaciones o prometer alteraciones a póliza en forma contraria a lo dispuesto en el contrato de seguro que contiene las disposiciones y limitaciones establecidas por la Compañía. Entiendo además que ningún seguro (cobertura y beneficios) será efectivo hasta que la póliza sea expedida y las primas de la misma hayan sido pagadas de acuerdo a lo convenido. Entiendo que la falsificación u omisión de cualquier información podría resultar un atentado de fraude contra la Compañía y conllevar la devolución de la prima y la anulación o rescisión del contrato.

AUTORIZACIÓN

Autorizo por la presente a cualquier médico, hospital, clínica u otra facilidad médica o médicamente relacionada que posea licencia como tal, compañía de seguros, el bureau del nformación médica y otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mí o mi salud, o de mi cónyuge o hijos dependientes propuestos para el seguro, a dar dicha información a LA COLONIAL, S. A., COMPAÑIA DE SEGUROS, y a sus reaseguradores. Una Copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.

Firmada en		R. D. ,	a los		días del mes de		del año	
Firma del solicitante				Firma del intermediario				
Firma del cónyuge				Código del intermediario				
Firma del contratante (Si no es el asegurado)								