



Solicitud de Seguro de Vida Colectivo



Nombre de la Empresa:

Póliza No.:

Efectividad:

No. de Certificado:

Nombres del Asegurado:

Fecha de Nacimiento:

Mes Día Año

Sexo:

 Masculino
 Femenino

Estado Civil:

 Soltero
 Casado

Cédula de Identidad/Pasaporte:

Dirección:

Ocupación:

Fecha de empleo:

Salario Mensual RD\$:

Nacionalidad:

HISTORIAL CLÍNICO

Ha sido diagnosticado, ha recibido tratamiento, o ha tenido alguna indicación de:

- | | Si | No |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Dolor en el pecho, palpitaciones, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataque cardíaco u otra enfermedad del corazón o de los vasos sanguíneos?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ¿Ha sido usted objeto de diagnóstico o tratado por un miembro de la profesión médica como afectado por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o Complejo Relacionado con el SIDA?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ¿Está usted actualmente tomando medicamento, bajo observación o tratamiento prescrito por un médico? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Además, de lo arriba mencionado, durante los últimos 5 años: | | |
| a) ¿Ha sufrido alguna enfermedad mental o física no mencionada anteriormente?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) ¿Ha tenido un examen médico, consulta, enfermedad, lesión u operación?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) ¿Ha sido paciente en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) ¿Se ha hecho un electrocardiograma, radiografía u otra prueba diagnóstica?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Detalles de las respuestas afirmativas:



Solicitud de Seguro de Vida Colectivo



Beneficiarios del Seguro de Vida

Nombre completo:	Parentesco:	% Asignado:	Fecha de nacimiento:

Todas las declaraciones y respuestas contenidas en la Parte 1 y Parte 2 de esta solicitud y en cualquier cuestionario de declaración de asegurabilidad con relación a esta solicitud, a mi (nuestro) leal saber y entender son fieles y exactas. Autorizo (autorizamos) a cualquier médico, hospital o clínica o cualquier otro establecimiento de servicios médicos o relacionados, compañía de seguros o de reaseguros, la oficina de Información Médica o agencia de información sobre el consumidor, que posea datos referentes al diagnóstico, tratamiento prognosis de alguna enfermedad y/o tratamiento físico o mental, o que posea información que no sea médica sobre mi persona (nosotros) para que suministre a BMI COMPAÑÍA DE SEGUROS, S.A., o su representante legal toda la información que le sea solicitada. Esta autorización será válida por dos años y medio a partir de la fecha que se indica a continuación. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.

[Blank area for signature]

Firma del Asegurado Propuesto

[Blank area for date]

Fecha