



Solicitud de Seguro de Salud Gastos Médicos Mayores



1. ASEGURADO(S) PROPUESTO(S)

(a) TITULAR – Apellido / Nombre

Sexo

- Masculino
 Femenino

Fecha de Nacimiento

Día Mes Año

Edad

Lugar de Nacimiento

- Pies
 Pulgadas

Estatura

Peso

- Lbs.

Cédula de Identidad

(b) CÓNYUGE – Apellido / Nombre

Sexo

- Masculino
 Femenino

Fecha de Nacimiento

Día Mes Año

Edad

Lugar de Nacimiento

- Pies
 Pulgadas

Estatura

Peso

- Lbs.

Cédula de Identidad

1.1 HIJOS

(a) Apellido / Nombre

Sexo

- Masculino
 Femenino

Fecha de Nacimiento

Día Mes Año

Edad

Lugar de Nacimiento

- Pies
 Pulgadas

Estatura

Peso

- Lbs.

Cédula de Identidad

(b) Apellido / Nombre

Sexo

- Masculino
 Femenino

Fecha de Nacimiento

Día Mes Año

Edad

Lugar de Nacimiento

- Pies
 Pulgadas

Estatura

Peso

- Lbs.

Cédula de Identidad

(c) Apellido / Nombre

Sexo

- Masculino
 Femenino

Fecha de Nacimiento

Día Mes Año

Edad

Lugar de Nacimiento

- Pies
 Pulgadas

Estatura

Peso

- Lbs.

Cédula de Identidad

(d) Apellido / Nombre

Sexo

- Masculino
 Femenino

Fecha de Nacimiento

Día Mes Año

Edad

Lugar de Nacimiento

- Pies
 Pulgadas

Estatura

Peso

- Lbs.

Cédula de Identidad

(e) Apellido / Nombre

Sexo

- Masculino
 Femenino

Fecha de Nacimiento

Día Mes Año

Edad

Lugar de Nacimiento

- Pies
 Pulgadas

Estatura

Peso

- Lbs.

Cédula de Identidad



Solicitud de Seguro de Salud Gastos Médicos Mayores



2. DATOS PERSONALES Y ENVÍO DE CORRESPONDENCIA

Residencia Negocio Otra

Números de Teléfono: Casa Negocio Celular

Domicilio Negocio Calle/Número/Ciudad/País/Código Postal

Dirección de Correo Electrónico:

3. EMPLEADOR

Nombre de la Compañía: Cargo/Ocupación:

4. CONDICIONES MÉDICAS RESPECTO A TODOS LOS SOLICITANTES (TITULAR, CÓNYUGE E HIJOS)

¿Padecen ustedes, han padecido, están en tratamiento o han sido diagnosticados de alguna de las siguientes enfermedades o desórdenes?

	Si	No
a) ¿Desórdenes neurológicos referentes a Alzheimer, Autismo o Hidrocefalia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) ¿Trastornos de alimentación como anorexia y/o bulimia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) ¿Desórdenes del corazón, circulación y vasos sanguíneos referentes a: Cardiopatías congénitas presentes (malformaciones del corazón), Arteritis, Vasculitis, Aneurisma en los cinco últimos años, Esclerosis múltiple?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) ¿Hipertensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) ¿Desórdenes de la Glándula Tiroides (Autoinmunes) referentes a: Enfermedad de Graves, Tiroiditis de Hashimoto, Tiroiditis post parto, Tiroiditis, Bocio Tiroideo, Tormenta Tiroidea u otros?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) ¿Enfermedades autoinmunes/del colágeno como Artritis Juvenil, Esclerodermia, Espondilitis, Lupus, Síndrome de Sjorgren, Fiebre Reumática u otros (Especifique)? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) ¿Cáncer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) ¿Parálisis cerebral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) ¿Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ó Síndrome Complejo Relacionado al SIDA (SCRS)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) ¿Depresión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) ¿Diabetes Tipo I o II?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) ¿Síndromes como Síndrome de Down, Klinefelter, Turner, Marfan, Kawasaki u otros (Espec.)? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) ¿Desórdenes del sistema respiratorio referente a: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (Incluyendo bronquitis crónica y/o enfisema) ó Fibrosis Pulmonar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) ¿Insuficiencia Renal Crónica, Glomerulonefritis, Síndrome Nefrítico o Síndrome Nefrótico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) ¿Obesidad Mórbida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) ¿Ha sido Receptor o Donante de un trasplante de Corazón, Riñón, Hígado, Pulmón o Pancreas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) ¿Se les ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se haya llevado a cabo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Detalle) <input type="text"/>		

5. ANTECEDENTES MÉDICOS RESPECTO A TODOS LOS SOLICITANTES (TITULAR, CÓNYUGE E HIJOS)

Han sido diagnosticados de cualquier condición médica, consecuente de enfermedad y/o accidente, que haya requerido de Hospitalización, Tratamiento Médico y/o medicamentos con anterioridad a la presente fecha? Detalle (Preexistencias declaradas)

Nombre del asegurado	Diagnóstico	Fecha

6. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SUS MÉDICOS ESPECIALISTAS

Nombre del médico especialista	Dirección/Teléfono

7. SEGUROS DE VIDA O SALUD DE LOS SOLICITANTES QUE HAYAN ESTADO O ESTÁN EN VIGOR

Compañía	Asegurado	Salud	Vida	Suma asegurada	Fecha de emisión
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	

8. ANTECEDENTES MÉDICOS DE LA FAMILIA

¿Ha padecido algún familiar suyo de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardiaca, renal o mental?
(En caso afirmativo, por favor explique)

Sí No

Parentesco	Edad si vive	Edad al morir	Causa de fallecimiento
Padre			
Madre			
Hermana(s)			
Hermano(s)			

Cualquier declaración médica que usted haya llenado anteriormente, no sustituye su obligación de contestar con veracidad las preguntas de su historial médico. La información que detalla en este formulario es importante y necesaria para evaluar su estado de salud actual. La compañía considerará esta declaración junto con su información médica y de sus dependientes que se haya registrada en nuestros archivos como las únicas para la evaluación de su solicitud y la definición de condiciones de elegibilidad para la emisión de su contrato.



Solicitud de Seguro de Salud Gastos Médicos Mayores



9. PRIMAS

Forma de Pago:

Anual US\$

Semestral US\$

Trimestral US\$

Mensual US\$

Deducible:

* Incluir formulario Autorización de tarjeta de crédito a este formulario.

10. INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN

¿Requiere comprobante? Fiscal Gubernamental

Nombre:

Dirección:

RNC: Tel.:

11. AUTORIZACIÓN

BMI Compañía de Seguros tendrá derecho a obtener toda la información que considere necesaria como exámenes o tratamientos médicos practicados, o que en el futuro se hagan a las personas objeto del Plan de Salud Gastos Médicos Mayores. Autorizo a cualquier médico, clínica, hospital, Oficina de Información Médica o institución que posea esta información para que la suministre. Cualquier acción de parte del asegurado propuesto o sus médicos que busque obstaculizar la liberación de la información solicitada, hará cesar toda responsabilidad de parte de la aseguradora. Declaro que todos los datos escritos en la presente solicitud que servirán de base para el estudio del riesgo propuesto, son verídicos. Esta autorización se mantendrá vigente por un período de tres (3) años y una copia de la misma se considera tan válida como la original. Una vez aprobada esta solicitud pasará a formar parte del contrato del Plan de Salud Gastos Médicos Mayores emitido como consecuencia de esta solicitud.

El asegurado propuesto tiene el deber absoluto de proveer la información correcta, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el corredor. La falta de contestar verídicamente cualquier pregunta y/o la omisión de información en la solicitud del Plan de Salud Gastos Médicos Mayores resultará en la denegación de cobertura del contrato o su anulación. Solamente un oficial autorizado de la aseguradora tendrá la potestad para ejecutar cualquier cambio y dichos cambios tendrán que ser por escrito.

Fecha en
Lugar Mes Día Año

Firma del Titular

Firma del Cónyuge

Nombre del corredor

Firma del corredor