



Solicitud de Seguro de Salud



1. ASEGURADO(S) PROPUESTO(S)

(a) TITULAR – Apellidos y Nombres Completos

<input type="text"/>				Sexo		Fecha de Nacimiento			Edad
				<input type="checkbox"/> Masculino		Día	Mes	Año	
				<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	Estatura		Peso		Cédula de Identidad/Pasaporte		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	Mts. / Cms.	Pies / Pulgadas	Kgs.	Lbs.	<input type="text"/>		

(b) CÓNYUGE – Apellidos y Nombres Completos

<input type="text"/>				Sexo		Fecha de Nacimiento			Edad
				<input type="checkbox"/> Masculino		Día	Mes	Año	
				<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	Estatura		Peso		Cédula de Identidad/Pasaporte		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	Mts. / Cms.	Pies / Pulgadas	Kgs.	Lbs.	<input type="text"/>		

1.1 HIJOS

(a) Apellidos y Nombres Completos

<input type="text"/>				Sexo		Fecha de Nacimiento			Edad
				<input type="checkbox"/> Masculino		Día	Mes	Año	
				<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	Estatura		Peso		Cédula de Identidad/Pasaporte		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	Mts. / Cms.	Pies / Pulgadas	Kgs.	Lbs.	<input type="text"/>		

(b) Apellidos y Nombres Completos

<input type="text"/>				Sexo		Fecha de Nacimiento			Edad
				<input type="checkbox"/> Masculino		Día	Mes	Año	
				<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	Estatura		Peso		Cédula de Identidad/Pasaporte		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	Mts. / Cms.	Pies / Pulgadas	Kgs.	Lbs.	<input type="text"/>		

(c) Apellidos y Nombres Completos

<input type="text"/>				Sexo		Fecha de Nacimiento			Edad
				<input type="checkbox"/> Masculino		Día	Mes	Año	
				<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	Estatura		Peso		Cédula de Identidad/Pasaporte		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	Mts. / Cms.	Pies / Pulgadas	Kgs.	Lbs.	<input type="text"/>		

(d) Apellidos y Nombres Completos

<input type="text"/>				Sexo		Fecha de Nacimiento			Edad
				<input type="checkbox"/> Masculino		Día	Mes	Año	
				<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	Estatura		Peso		Cédula de Identidad/Pasaporte		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	Mts. / Cms.	Pies / Pulgadas	Kgs.	Lbs.	<input type="text"/>		

(e) Apellidos y Nombres Completos

<input type="text"/>				Sexo		Fecha de Nacimiento			Edad
				<input type="checkbox"/> Masculino		Día	Mes	Año	
				<input type="checkbox"/> Femenino		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lugar de Nacimiento		Nacionalidad	Estatura		Peso		Cédula de Identidad/Pasaporte		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	Mts. / Cms.	Pies / Pulgadas	Kgs.	Lbs.	<input type="text"/>		



Solicitud de Seguro de Salud



2. DATOS PERSONALES

Residencia

*Obligatorio

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

Número de celular*

Tel. Casa:

Tel. Negocio:

Correo electrónico:*

3. DATOS ACTIVIDAD ECONÓMICA

Profesión:

Cargo en la empresa:

Nombre de la empresa:

Dirección de la empresa:

4. PLANES

Preference Major Health Maximum Support

Otro:

Deducible:

Dental Odontotec Salud Bucal

Visual Visualmax

5. PRIMAS

Forma de Pago:

Anual US\$

Trimestral US\$

Semestral US\$

Mensual US\$

6. ADITAMENTOS AL SEGURO DE SALUD

Seguro de vida a término: Titular US\$15,000

BENEFICIARIOS

Primario(s)	Parentesco	%	Contingente(s)	Parentesco	%

CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS A CONTINUACIÓN SON PRECISAS Y EXACTAS.

7. INFORMACIÓN RESPECTO A TODOS LOS SOLICITANTES. SEGÚN SU LEAL SABER Y ENTENDER

- | | Si | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Han usado heroína, morfina y otra droga narcótica, LSD, marihuana u otra droga recreativa?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Han sido arrestados o han recibido tratamiento por el uso de alcohol o drogas?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Alguna vez han consultado, han estado o están actualmente bajo observación o tratamiento o han sido examinados por algún psiquiatra, psicólogo o cualquier otro médico?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Han participado o piensan participar en algún deporte o actividad peligrosa como aviación, pesca submarina o carreras de automóviles?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. De las personas propuestas para seguro, ¿existe alguna residiendo en otro lugar?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Indique nombre, motivo y dirección: <input style="width: 500px;" type="text"/> | | |
| <input style="width: 800px;" type="text"/> | | |
| f. ¿Fuman cigarrillos y otros productos derivados del tabaco? En caso afirmativo, ¿qué cantidad al día? <input style="width: 50px;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si Ud. fumaba cigarrillos pero dejó de hacerlo, ¿qué tiempo hace que los dejó? <input style="width: 150px;" type="text"/> | | |
| g. ¿Toman bebidas alcohólicas? En caso afirmativo, indique la cantidad y frecuencia <input style="width: 150px;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. ¿Se les ha aconsejado alguna prueba diagnóstica, hospitalización o cirugía que no se ha llevado a cabo?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Además de lo arriba mencionado, ¿han sido pacientes en un hospital, clínica, sanatorio o institución médica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Mujeres: ¿Se encuentra Ud. en estado de gestación?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. INFORMACIÓN ADICIONAL RESPECTO A TODOS LOS SOLICITANTES

¿Ustedes padecen, han padecido, están bajo tratamiento o han sido informados de algunas de las siguientes enfermedades o desórdenes?

- | | Si | No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Asma, enfisema, bronquitis u otras enfermedades o desórdenes del sistema respiratorio?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Dolores en el pecho, hipertensión arterial, fiebre reumática, soplo cardíaco, ataques cardíacos y otras enfermedades o desórdenes del corazón o sistema circulatorio?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 1 ¿Qué tipo de dolor ha tenido? <input type="checkbox"/> Opresivo <input type="checkbox"/> Punzante | | |
| b. 2 ¿Consultó al doctor por esa causa?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 3 ¿Tomó algún tipo de medicamento para dicho dolor?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. 4 ¿Cuál? <input style="width: 500px;" type="text"/> | | |

- c. ¿Desmayos, epilepsia, convulsiones, lesiones en la cabeza, jaquecas u otras enfermedades o desórdenes del cerebro o del sistema nervioso o trastorno mental?.....
- c. 1 ¿Ha sufrido usted una isquemia cerebral transitoria?.....
- d. ¿Albúmina o sangre en la orina y 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. ¿Icteria, hemorragia intestinal, úlcera, hernia, apendicitis, colitis, diverticulitis, hemorroides, indigestión recurrente u otro desorden del estómago, intestinos, hígado, páncreas 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, o amputación?.....
- m. ¿Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) o Síndrome Complejo Relacionado al SIDA (SDRS)?.....
- n. ¿Cáncer o tumores de cualquier otra clase?.....
- o. ¿Tratamiento o medicamento que recibe en la actualidad?.....

9. FAVOR DE DAR DETALLES A LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS DE LAS PREGUNTAS 6 Y 7

Nombre de la persona / Número de la pregunta	Condición y Complicaciones	Fecha que comenzó (Mes/Año)	Duración	Nombre y dirección de médicos y hospitales



10. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE SUS MÉDICOS O ESPECIALISTAS

11. ANTECEDENTES MÉDICOS DE LA FAMILIA

¿Ha padecido algún familiar suyo de diabetes, cáncer, hipertensión arterial, enfermedad cardíaca, renal o mental? (En caso afirmativo, por favor explique. Indique con una "T" para el titular y con una "C" para el cónyuge) Si No

	Edad si viven		Explicación	Edad al fallecer		En caso de fallecimiento, Indicar causa
	"T"	"C"		"T"	"C"	
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Hermano(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

12. SEGUROS DE VIDA O SALUD QUE HAYAN ESTADO O ESTÁN EN VIGOR DE LOS ASEGURADOS PROPUESTOS. INDIQUE CON UNA "T" PARA EL TITULAR Y CON UNA "C" PARA EL CÓNYUGE

"T"	"C"	Compañía	Número de Póliza	Salud	Vida	Suma asegurada	Fecha de emisión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="text"/>

13. ¿INTENTA REEMPLAZAR CON ESTE SEGURO ALGUNA PÓLIZA DE SALUD O VIDA CON ESTA U OTRA COMPAÑÍA?

Si No

14. INFORMACIÓN PARA FACTURACIÓN

¿Requiere comprobante? Fiscal Gubernamental

Nombre / Razón Social:

Dirección:

RNC: Tel.:

15. DATOS DEL CORREDOR (QUIEN DECLARA HABER REVISADO LOS DATOS PROPORCIONADOS POR EL CLIENTE O CONTRATANTE)

Nombre / Razón Social

No. Licencia

Firma del intermediario

Fecha

CONDICIONES PRE-EXISTENTE ESTÁN CUBIERTAS SEGÚN SE DEFINEN EN LA PÓLIZA O EN CUALQUIER ENMIENDA A LA MISMA

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 seguro solicitado. 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 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 de seguro emitido como consecuencia de esta solicitud.

Este seguro se ofrece a residentes permanentes de la República Dominicana en caso de conflicto o disputa relacionada con la póliza, las leyes de la República Dominicana tendrán jurisdicción sobre las mismas. Las partes se someten a la venia exclusiva y jurisdicción de las cortes ubicadas en la República Dominicana, para la resolución de dicho conflicto o disputa. Ningún agente podrá cambiar u omitir ninguna provisión de la solicitud de seguro, de esta póliza o de ningún otro documento emitido al respecto. El asegurado propuesto tiene el deber absoluto de proveer la información correcta, sin importar cualquier declaración a lo contrario hecha por el agente. La falta de contestar verídicamente cualquier pregunta y/o la omisión de información en la solicitud de seguro resultará en la denegación de cobertura de la póliza 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.

"Declaro (amos) que las informaciones contenidas en esta solicitud son correctas y autorizo (amos) al BMI Compañía de Seguros, S.A. a hacer lo necesario para su comprobación, así como a suministrar a centros de información crediticia todas las información derivadas de esta solicitud. Esta solicitud debe ser presentada con toda la documentación requerida para su tramitación".

DECLARACIÓN DE VERACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN Y CONSULTA DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Declaro bajo la fe del juramento, y bajo pena de perjurio, de forma libre, consciente, expresa y voluntaria que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa, y que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por La Aseguradora. Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora, para que verifique y consulte toda la información proporcionada en este formulario en cuantas bases de datos, centros de información crediticia, o cualquier otra institución o empresa, locales o extranjeras, sea necesario, bajo el amparo de la Ley No. 172-13, del 15 de diciembre de 2013, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, y cualquier otra legislación aplicable.

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y CESIÓN DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Autorizo expresa e irrevocablemente a La Aseguradora para que, en caso de ser necesario pueda ceder la información proporcionada en este formulario, incluyendo datos de carácter personal, reconociendo y garantizando que la cesión de dichas informaciones por parte de La Aseguradora, sus empleados, directores y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del artículo 377 del Código Penal, ni generará responsabilidad a los efectos del Artículo 1382 y siguientes del Código Civil. Tampoco supondrá una violación a los términos de la Ley 172-13 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Por este medio renuncio expresa y formalmente al ejercicio de cualquier acción o demanda legal, manteniendo libre e indemne de toda reclamación a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del artículo 1120 del Código Civil y de las disposiciones de la Ley 155-17, de 1 de junio de 2017 contra el Lavado de Activos y el financiamiento del Terrorismo. Asimismo, en pleno ejercicio de mis facultades y bajo mi total consentimiento extiendo esta autorización aún después de la disolución de la sociedad que represento, intención que deberá ser respetada y acatada por nuestros causahabientes.

La Aseguradora, se reserva el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normas de prevención de lavado de activos de las que sea sujeto obligado. En caso de que el solicitante no suministre las informaciones o documentos requeridos. La Aseguradora, se reserva el derecho de declinar o cancelar la póliza solicitada.

Fechada en

Lugar

Día, Mes, Año

Firma del Titular

Firma del Dueño de la Póliza
(Si no es titular)

Firma del Cónyuge

COBERTURA TEMPORAL DE EMERGENCIA POR ACCIDENTE ANTES DE SER ENTREGADA LA PÓLIZA

La cobertura de gastos médicos cubierto que resulten de una lesión corporal accidental incurridos por algún asegurado propuesto incluido en esta solicitud está limitada a un máximo de US \$25,000.- por solicitud, desde la fecha en que la solicitud y la prima total sean recibidas en las oficinas de BMI Compañía de Seguros, República Dominicana, hasta lo que ocurra primero, (a) la fecha efectiva de la póliza o (b) sesenta días a partir de la fecha en que dicha solicitud es recibida en BMI Compañía de Seguros, República Dominicana. Esta cobertura temporal de emergencia por accidente está sujeta y gobernada por las reglas, términos, condiciones y exclusiones de la póliza a aplicar si la póliza por la cual se solicitó cobertura hubiera estado en vigor en la fecha del accidente de cualquiera de los asegurados propuestos incluidos en la solicitud. Este beneficio está sujeto al deducible seleccionado por el asegurado propuesto. Este beneficio no aplicaría en el caso de que la solicitud fuera declinada por cualquier razón, otra que no fuera a consecuencia de lesiones sufridas en un accidente mientras se está evaluando la solicitud. Este beneficio aplica únicamente a los planes a los planes de salud internacional.