La Colonial
www.lacolonial.com.do

Solicitud de Seguro Médico Internacional

Aetna		MegaHealth	
Corporativo I	Familiar I	Corporativo I	Familiar I
Corporativo II	Familiar II	Corporativo II	Familiar II
Corporativo III	Familiar III		Familiar III
Corporativo IV	Familiar IV		Familiar IV

Datos relativos al solicitante principal

Nombres Apellidos Casad@ Unión Solter@ libre

Fecha Nac. Día Mes Año M F Cédula Pasaporte

Estatura (Pies, Pulg.) Peso (Libras)

Nacionalidad

Calle y Número Edificio

Número de Apto. Sector/Barrio Ciudad

Teléfono Celular Correo Electrónico

Datos relativos a la empresa

Nombre RNC

Calle y Número Edificio

Número de Apto. Sector/Barrio Ciudad

Teléfono Fax Fecha de Ingreso al Empleo Día Mes Año

Datos de los dependientes

Nombres/Apellidos	Cédula/Pasaporte (si es extranjero)	Nacionalidad	Parentesco (Cónyuge, Hijos)	Fecha de Nac. Día Mes Año	Sexo M F	Estatura (Pies- Pulg.)	Peso (Libras)	Seguro de Vida (Beneficiarios) Sí No %

Seguro de Vida - Otros beneficiarios

Complete esta sección si los beneficiarios son distintos a los dependientes señalados.

Nombres/Apellidos	Cédula/Pasaporte (si es extranjero)	Parentesco	Fecha de Nac. Día Mes Año	Sexo M F	%

Complete estas preguntas si está solicitando cobertura de salud para los hijos, proporcione fechas y detalles para las repuestas negativas

Sí	No		Local	Internacional	No. de póliza	Aseguradora
		¿Tiene usted otro seguro médico?				
		¿Todos los hijos dependientes están bajo su tutela?				
		¿Todos los hijos dependientes dependen de usted para su sustento?				
		¿Se domicilian todos los dependientes en su residencia? Si la respuesta es negativa, favor indicar donde residen.				

Declaración de salud para TODOS los solicitantes. Proporcionar fechas, nombre del solicitante y detalles en caso de respuestas afirmativas en el espacio provisto. Puede anexar los documentos que considere necesarios para completar o ampliar la información.

Sí No

¿Alguno de los solicitantes ha tenido cobertura internacional con nuestro reasegurador Aetna Global Benefits? Si la respuesta es afirmativa, favor indicar No. de cuenta y tarjeta de identificación.

¿Sospecha estar o está embarazada alguna de las solicitantes?

¿Se le ha recomendado o contemplado procedimientos médicos y/o quirúrgicos (incluyendo pruebas de diagnósticos) a realizarse en el futuro ?

¿Se le ha recomendado o se contemplan procedimientos médicos, quirurgicos o de cirugía oral (inclusive pruebas para diagnosticar) para alguna persona mientras la misma esté hospitalizada o no hospitalizada?

¿Hay alguien que esté tomando actualmente medicamentos por alguna condición? Si responde afirmativamente, liste los nombres, dosis, medicamentos, indique duración de uso y condición actual.

¿Se le ha negado cobertura de seguro por incapacidad?

En los últimos:

5 años ¿Ha sido examinado, consultado o recibido tratamiento médico? Explique.

5 años ¿Ha estado internado en un hospital, clínica, sanatorio u otra institución médica? Explique.

10 años ¿Ha sido rechazado para cobertura de vida o salud? Explique.

¿Hay alguien que fume cigarrillos o tabaco? Indique quién, frecuencia, cantidad (no. de cajetillas por día, tipo de tabaco y no. de años fumando).

¿Ha recibido antes o le han aconsejado a usted o a uno de sus dependientes tener tratamiento para condiciones emocionales o de trastornos mentales?

¿Ha recibido antes o le han aconsejado a usted o a uno de sus dependientes tener tratamiento por el uso de alcohol o uso de drogas?

¿Hay alguien que consuma bebidas alcohólicas? Especifique tipo, cantidad y frecuencia.

En los últimos años, ¿alguno de los solicitantes ha estado enfermo o ha sido tratado de cualquiera de las siguientes condiciones? Si No Si contesta afirmativamente, seleccione el recuadro apropiado y explique. Debe incluir el cuestionario correspondiente a esa condición, debidamente completado por su médico tratante. La Colonial lo suplirá.

Sida/complicaciones relacionadas	Cáncer	Desorden sistema inmunológico	Fiebre reumática	Nariz	Albúmina
Alcoholismo	Síndrome tunel carpal	Intestinos	Convulsión	Garganta	Reumatismo
Artritis	Diabetes	Riñones / vejiga	Piel	Amputación	Colesterol
Asma	Oídos	Hígado	Fracturas	Deformidad	Dolor de cabeza
Espalda / espina dorsal / cuello	Epilepsia	Pulmones	Abuso sustancias	Cojera	Jaquecas
Presión arterial	Ojos	Desorden nervioso / mental	Tiroides	Alergia	Próstata
Arterias	Corazón	Sistema nervioso	Tumor	Anemia	Parto Prematuro
Huesos	Hernia	Parálisis	Úlcera	Quistes	Esclerosis múltiple
Cerebro	Desorden gastrointestinal	Desorden del sistema reproductivo	Cirugías	Hemorroides	Ataque cerebral
Enfermedad de Alzheimer	Trastorno del sistema digestivo	Anormalidad Congénita	Tratamiento por infertilidad	Trastorno del sistema muscular	

Sí No

¿Alguno de los solicitantes durante su vida ha tenido algún malestar físico conocido o enfermedad no mencionada en el acapite anterior? Si su respuesta es afirmativa, dé fechas y detalles completos y tratamiento (deberá incluir el cuestionario de esa condición debidamente llenado por su médico tratante).

Use este espacio para ofrecer detalles de las respuestas afirmativas y/o padecimientos médicos seleccionados en los acápites anteriores. Sea específico al referirse a la persona afectada. Proporcione nombres, fechas, detalles, diagnósticos, tratamiento y condición actual.

Nombre	Fecha(s)	Diagnóstico	Tratamiento	Nombre del Médico	Fecha de recuperación plena

Marque aquí si usted proveerá información adicional en algún formulario, papel o documento separado.

Certificación: Certifico por el presente que estas respuestas y declaraciones son, a mi mejor saber y entender, completas y verdaderas, informaré a La Colonial, S.A. si se producen cambios materiales de dicha información entre el momento de completar esta solicitud y el momento en cual entre en vigencia la cobertura.

Aceptación: Entiendo que, en la medida permitida por la ley pertinente, una declaración falsa puede dar como resultado el rechazo de reclamos ó la anulación de la cobertura de mi seguro a partir de su fecha de vigencia, sin que sea pagadero ningún beneficio. Entiendo que las afecciones que sean reveladas en este formulario pueden estar sujetas a todas las condiciones de mi plan, incluyendo las limitaciones por enfermedad preexistente, disposición de declaración falsa, requisitos de permanencia del empleado en el trabajo activo y del estado de salud de los dependientes. Mi firma indica que he analizado toda la información y declaraciones contenidas en este formulario, para comprobar que estén completas y sean precisas.

Autorización: Autorizo a todos los médicos y otros profesionales de la atención médica, hospitales y otras instituciones de carácter médico, aseguradores, servicios u hospitalario y planes de salud prepagados, empleadores y a la oficina de información médica, ustedes están autorizados a proveer a La Colonial, S. A. o una de sus empresas afiliadas , información concerniente a mi cuidado médico, consultas, tratamientos o suministro (incluyendo aquellos relacionados con enfermedades mentales y/o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida/complejos relacionados y el virus del mismo) que me han provisto a mí o a cualquier miembro de mi familia para quien se le ha solicitado cobertura, esta información se utilizará con el propósito de determinar la elegibilidad para la cobertura y/o reclamos. Sé que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización a mi requerimiento. Acuerdo que una copia fotostática de esta autorización es tan válida como la original.

Aviso de Privacidad: Al evaluar su asegurabilidad, nosotros (La Colonial) nos basamos principalmente en la información relacionada con el estado de salud que usted nos proporciona en la presente Solicitud de Seguro Médico Internacional. Sin embargo, es posible que le pidamos adicionalmente que se haga un examen físico o que solicitemos de cualquiera de las fuentes especificadas en la autorización de esta solicitud, infomación médica adicional sobre usted y/o cualesquiera de sus dependientes.

Revelación de información a otros: Toda la información contenida aquí será tratada con carácter confidencial y no será revelada a otros sin su autorización, excepto en la medida necesaria para conducir nuestro negocio y que no sea contraria a ninguna ley. Por ejemplo, es posible que La Colonial revele información contenida en sus archivos a sus reaseguradores y a otras compañías de seguros de vida a las cuales usted pueda dirigirse para solicitar cobertura, o ante las cuales se pueda presentar una reclamación de beneficios. Además, es posible que se proporcione información a las entidades reglamentarias de nuestro negocio y a otros según lo exija la ley, así como también a las autoridades encargadas del cumplimiento de la ley cuando sea necesario con el objeto de prevenir un fraude u otras actividades ilícitas o de entablar una acción judicial.

Su derecho de acceso y corrección: En general, usted tiene el derecho de conocer la naturaleza y sustancia de toda la información sobre usted que tengamos en nuestros archivos. También tiene el derecho de acceso de dichos archivos (excepto en el caso de información relacionada con una reclamación o con un procedimiento civil o penal). Sin embargo, es posible que elijamos revelar, al médico que lo atiende, detalles de cualquier infomación de carácter médico que usted solicite. Si desea ejercitar este derecho, o si desea obtener una explicación más detallada sobre nuestras prácticas relacionadas con la información, sírvase ponerse en contacto con **La Colonial.**

Notificación de fraude: Toda persona que, con la intención de engañar o a sabiendas de estar facilitando un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude de seguro, además, la póliza será anulada a partir de su fecha de vigencia original.

Certifico que he leído las secciones "Aviso de Privacidad" y "Notificación de Fraude" que aparecen en este formulario y comprendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización, a mi solicitud. Estoy de acuerdo en que una copia fotográfica de esta autorización sea valida como original.

Firma del solicitante principal

Firma cónyuge (sólo cuando la cobertura es solicitada)

Fecha de firma

Fecha de firma

Firma del representante autorizado por la empresa (pólizas empresariales)

Nombre del representante autorizado por la empresa

Fecha de firma

Control Sufijo Cuenta Efectividad I.D. No.

Nombre intermediario

Código intermediario

Si los beneficios del empleado no son aprobados, la cobertura de los dependientes no será emitida.