Humano ARS

SOLICITUD DE AFILIACIÓN
PLAN DE SALUD INTERNACIONAL

RNC: 1-01-86442-7

TIPO DE NOVEDAD

Emisión ☐ Inclusión afiliado ☐ Inclusión dependiente ☐ Duplicado carnet ☐ Cambio de plan ☐ Transferencia ☐ Cambio de status ☐

PLAN DE SALUD LOCAL

¿Actualmente posee un plan de salud local con ARS Humano? Sí ☐ No ☐ Si la repuesta es Sí, indique el plan

Plan Esencial ☐ Plan Fundamental ☐ Plan Superior ☐ Plan Royal ☐ Plan Max ☐ Plan Platinum ☐ Otro ☐

Si la respuesta es No, indique la ARS donde está afiliado

PLAN DE SALUD INTERNACIONAL

Classic ☐ Executive ☐ Premium ☐

DEDUCIBLE EN REPÚBLICA DOMINICANA

US$ 1,000 ☐ US$ 2,500 ☐ US$ 5,000 ☐ US$ 10,000 ☐ US$ 15,000 ☐

DEDUCIBLE INTERNACIONAL

US$ 1,000 ☐ US$ 2,500 ☐ US$ 5,000 ☐ US$ 10,000 ☐

DATOS DEL CONTRATANTE

Nombre		
RNC/Cédula		Persona de contacto
Calle y Número		
Nombre edificio y/o plaza		Apartamento No. / Sector
Ciudad	Teléfono	E-mail

DATOS DEL AFILIADO

Primer nombre		Segundo nombre	
Primer apellido		Segundo apellido	
Edad	Fecha de nacimiento Día Mes Año	Estado Civil Soltero ☐	Casado ☐
Peso (Libras)	Estatura (pies/pulg.)	Cédula o Pasaporte	
Nacionalidad		E-mail	
Calle y Número			
Nombre condomino y/o edificio		Apartamento No.	Sector
Ciudad o municipio		Teléfono casa	Teléfono oficina
Fax	Celular	E-mail	

COBERTURAS OPCIONALES EN REPÚBLICA DOMINICANA

Dental ☐ Medicamentos ☐

DEPENDIENTES

Nombres	Apellidos	Parentesco	Fecha de nacimiento (Día/mes/año)	Sexo (F/M)	Estatura (pies/pulg)	Peso (Libras)

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTADO DE SALUD DEL SOLICITANTE Y SUS DEPENDIENTES

Sección 1

1. Sí ☐ No ☐ ¿Gozan Ud. y sus dependientes de buena salud?
2. Sí ☐ No ☐ ¿En los pasados 24 meses, se le ha recomendado a usted o a algún familiar que solicita cobertura, que se examine, reciba tratamiento o cirugía, o anticipa usted un examen, tratamiento o cirugía para cualquier afección médica, mental o nerviosa?
3. Sí ☐ No ☐ ¿Durante los pasados 12 meses, usted o cualquier familiar que esté solicitando cobertura, ha experimentado síntomas o manifestaciones, se le ha diagnosticado o se ha examinado, se le han realizado pruebas o ha recibido tratamiento (incluyendo medicamentos) para cualquier afección, padecimiento de salud, mental, físico o nervioso?
4. Sí ☐ No ☐ ¿Tiene usted o alguno de sus dependientes algún defecto físico, congénito o adquirido?
5. Sí ☐ No ☐ ¿Ha usado usted o alguno de sus dependientes alguna vez: heroína, morfina, LSD, marihuana u otra droga narcótica o psicoterapeútica?
6. Sí ☐ No ☐ ¿Práctica Ud. algún deporte? ¿Cuál? _____
7. Sí ☐ No ☐ ¿Fuma usted o alguno de sus dependientes? En caso afirmativo indique cantidad al día. _____ ¿Quién? _____
8. Sí ☐ No ☐ ¿Está usted o alguna de sus dependientes embarazada? En caso afirmativo indique cuántas semanas _____ Quién?_____

Sección 2

PADECE O HA PADECIDO USTED Y/O SUS DEPENDIENTES DE:

9. Sí ☐ No ☐ Enfermedades del Sistema Nervioso (epilepsia, hemiplejia, polineuritis, mongolismo, infarto cerebral, retardo mental, desmayos, vértigo, convulsiones, meningitis, neurastenia)
10. Sí ☐ No ☐ Enfermedades del corazón, cardiovasculares o circulatorios, incluyendo, pero sin limitarse a: insuficiencia cardíaca congestiva, ataque cardíaco, angina, dolor de pecho, arteriosclerosis, aterosclerosis, alta presión sanguínea, hipertensión, inflamación de pies y tobillos, trombosis, flebitis, fiebre reumática, o soplo del corazón, infarto.

11. Sí ☐ No ☐ Enfermedades de la Sangre: vasos sanguíneos, arterias, venas o trastornos sanguíneos, incluyendo, pero sin limitarse a: anemia, hemofilia, leucemia, hepatitis, glándulas linfáticas, o colesterol alto, venas varicosas; coagulopatías, incluyendo, pero sin limitarse a: Hemofilia A y B, Deficiencia del factor II, V, VII, X, XII; Púrpura Trombocitopénica idiopática (PTI), Púrpura Trombocitopénica trombotica, trombocitopenia inmune inducida por medicamentos, Enfermedad de Von Willebrand (tipos I y II), Deficiencia congénita de antitrombina III, Deficiencia congénita de proteína C o S, CID (Coagulación Intravascular Diseminada), Defectos de la función plaquetaria.

12. Sí ☐ No ☐ Enfermedades del Sistema Endocrino, tales como diabetes, obesidad, hipófisis, hipotiroidismo, hipertiroidismo, glándulas suprarenales, hiperglicemia, hipoglicemia. En caso de responder afirmativamente, favor completar a continuación:

a. Tipo de diabetes: I _____ ó II _____ Fecha diagnosticada _____
b. ¿Controlada con dieta solamente? SÍ___ NO___
c. Medicamentos (Tipos/Dosis/Tiempo de tratamiento)_____
d. Anexar última prueba de Hemoglobina Glicosilada (HbA) 1c.

13. Sí ☐ No ☐ Cáncer, quiste, pólipo, melanoma, sarcoma de Kaposi, protuberancia o tumor de cualquier tipo. Trastornos de la sangre. tumores, masas, leucemia, linfomas.

14. Sí ☐ No ☐ Enfermedades del Sistema Osteomuscular: huesos, articulaciones y músculos, incluyendo, pero sin limitarse a: escoliosis, enfermedad del disco, vértebra, o cualquier otra afección de la espalda, reumatismo, artritis, gota, tendonitis, osteoporosis o inflamación, espina bífida, síndrome del tunel carpiano.

15. Sí ☐ No ☐ Trastornos gastrointestinales, hígado, páncreas, trastornos de la vesícula biliar. Sistema digestivo, estómago o intestinos, incluyendo, pero sin limitarse a: reflujo esofágico, hernia hiatal, gastritis, úlceras, trastorno del recto y del colon, polipos intestinales, hemorroides.

16. Sí ☐ No ☐ Enfermedades del Sistema Respiratorio tales como: tos crónica, asma, tuberculosis, enfisema, bronquitis crónica, EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), faringitis.

17. Sí ☐ No ☐ Enfermedades del Sistema Génito-urinario (tumores o enfermedades de la próstata, riñones, insuficiencia renal crónica o aguda, dialisis, vejiga, tumores mamarios, quiste de ovarios, sangrado genital fuera de la menstruación, útero y trompas).

18. Sí ☐ No ☐ Trastornos mentales y del sistema nervioso incluyendo, pero sin limitarse a: psicosis, esquizofrenia, depresión, trastornos bipolares, trastornos del comportamiento, abuso o dependencia a sustancias químicas o drogas, alcoholismo, consejería psiquiátrica o grupos de apoyo, ansiedad, fatiga crónica, o trastornos alimenticios.

19. Sí ☐ No ☐ Trastornos neurológicos, incluyendo, pero sin limitarse a: esclerosis múltiple (EM), distrofia muscular, esclerosis lateral amiotrófica (Enfermedad de Lou Gehrig (ALS)), Mal de Parkinson, parálisis, epilepsia, convulsiones, migrañas, dolores de cabeza crónicos, derrame cerebral, o ataques isquémicos cerebrales transitorios.

20. Sí ☐ No ☐ Trastornos autoinmunes, incluyendo, pero sin limitarse a: Tiroiditis de Hashimoto, anemia perniciosa, Enfermedad de Addison, Artritis Reumatoidea, Lupus eritematoso o sistémico, dermatomiositis, Síndrome de Sjogren, esclerosis múltiple, miastenia grave, Síndrome de Reiter, bocio tirotóxico difuso, Enfermedad de Graves, anemia hemolitica autoinmune, hepatitis autoinmune, hemoglobinopatía.

21. Sí ☐ No ☐ Ojos, oídos, nariz, boca, garganta o mandíbula, incluyendo, pero sin limitarse a: cataratas, glaucoma, desviación del tabique nasal, sinusitis crónica, o trastornos de la articulación temporomandibular (ATM).

22. Sí ☐ No ☐ Enfermedades de transmisión sexual, incluyendo, pero sin limitarse a: VIH, SIDA, virus del papiloma humano (VPH), sífilis, gonorrea, hepatitis B y C.

23. Sí ☐ No ☐ Accidentes, heridas o fracturas.

24. Sí ☐ No ☐ Cualquier otra enfermedad, problema médico, mal, lesión o afección de cualquier tipo no mencionada.

SI HA CONTESTADO AFIRMATIVAMENTE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS ANTERIORES, ESPECIFIQUE:

No. de Pregunta	Diagnóstico	Tratamiento o intervención	Estado actual	Fecha día/mes/año	Nombre del médico y/o hospital

FAVOR LEER DETENIDAMENTE

1.- Yo, el Solicitante de Afiliación, por la presente declaro bajo la fe del juramento y certifico que he leído todas las preguntas reflejadas en esta solicitud y que las contestaciones a las mismas y las informaciones y afirmaciones establecidas en la misma, son ciertas, verdaderas y completas, y constituyen la condición esencial para que ARS HUMANO evalúe la suscripción del Contrato de Adhesión para la Administración de Planes de Salud Prepagados, y consienta en suscribir el Contrato y emitir el o los Planes correspondiente(s) en virtud de las especificaciones contenidas en esta Solicitud. Por la razón antes expuesta, convengo que cualquier omisión, inexactitud, falsedad o reticencia contenida en las informaciones suministradas por mi darán lugar a la nulidad del Contrato y su correspondiente rescisión sin perjuicio de la terminación por incumplimiento y otras responsabilidades que pudieran derivarse por este hecho, sin que ello conlleve responsabilidad para ARS HUMANO, S.A.. De igual modo, convengo que en el caso de que ARS HUMANO acepte esta solicitud, los Planes de Salud contratados surtirán efecto a partir de la fecha de afiliación del Afiliado establecida en el Carné de Afiliación, previo cumplimiento de las condiciones del Contrato de Adhesión para la Administración de Planes de Salud Prepagados.

2.- ARS HUMANO se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción.

3.- Yo, el Solicitante de la Afiliación, autorizo a cualquier médico profesional, hospital, o clínic , agencia gubernamental u otra PSS, a proveer a ARS Humano las informaciones que le sean requerida sobre mi estado de salud, cuidado o tratamiento o el de mis dependientes, incluyendo copias de registros, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. De igual modo autorizo a ARS Humano a suministrar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesarios a los fines de evaluación de crédito unicamente para fines de evaluación de la presente Solicitud de Afiliación, a tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cuales quiera acciones y demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por las causas antes citadas.

_____ Firma del solicitante

_____ Firma y sello del contratante

Intermediario	Código	Fecha	Día	Mes	Año
Gerente de Negocios	Gerente salud internacional	Fecha de aceptación	Día	Mes	Año

PARA SER COMPLETADO POR LA COMPAÑÍA

Resultado Aprobado ☐ Declinado ☐ Pospuesto ☐

Exclusiones _____

Observaciones _____

_____ Fecha (día/mes/año)

_____ Firma autorizada

This document contains PRIVILEGED AND CONFIDENTIAL INFORMATION, including but not limited to Health Information that is privileged and legally protected from disclosure by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), and it is intended only for the addressee(s) named above. If you are not the intended recipient of this document, or the employee or agent responsible for delivering it to the intended recipient, you are hereby notified that any dissemination or copying of this document is strictly prohibited. If you have received this transmission in error, please notify our office by telephone and return the original document to us by mail to the following address:
Avenida Lope de Vega No. 36
Phone: 809 476-3535 Fax: 809 476-3634 e-mail: saludinternacional@arshumano.com