

SOLICITUD DE INGRESO

1. COBERTURA	DEDUCIBLE	FORMA DE PAGO	Para uso exclusivo de la Compañía
<input type="checkbox"/> Dominus <input type="checkbox"/> Select <input type="checkbox"/> Regius <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Sanitas <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Humanus	US \$ _____	US\$ _____ <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semianual <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Mastercard <input type="checkbox"/> American Express	Numero de Póliza asignado <input type="text"/> Fecha de Efectividad <input type="text"/>

Autorizo a Redbridge Insurance Company , LTD a descontar de mi tarjeta de crédito la presente prima y cualesquiera primas subsiguientes

2.	Primer Apellido	Primer nombre e Inicial del Segundo	Sexo	Fecha de Nacimiento DD MM AA	Estatura	Peso Kg.	País de Residencia
SOLICITANTE							
CONYUGE							
HUJO (A) DEPENDIENTE							
HUJO (A) DEPENDIENTE							
HUJO (A) DEPENDIENTE							
HUJO (A) DEPENDIENTE							

3.	DIRECCION PERMANENTE DEL ASEGURADO	TELEFONOS	E-MAIL
	CIUDAD	PAIS	OCUPACION

4. INDIQUE SU MEDICO DE CABECERA	CONSULTORIO	TELEFONO

5. Indique cualquier otro seguro de salud que ampare a usted, a su Cónyuge o a cualquiera de sus (hijos (as) dependientes :	
Este seguro (de ser aceptado) reemplazaría algún seguro existente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

6. CUESTIONARIO DE SALUD	SI	NO
¿ALGUNA COMPAÑIA DE SEGUROS SE HA NEGADO A DARLE COBERTURA, A RENOVAR ALGUNA POLIZA EN SU ANIVERSARIO, O HA CANCELADO O MODIFICADO ALGUN SEGURO DE SALUD O DE VIDA?		
¿ALGUNA PERSONA DE LAS INCLUIDAS EN ESTA SOLICITUD, HA SIDO NOTIFICADA A TRAVES DE UN MEDICO O PRACTICANTE DE MEDICINA QUE PADECE: O HA SIDO TRATADA POR ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES? :		
a. ¿Problemas de los ojos, oídos, incluyendo Cataratas?		
b. ¿Problemas nerviosos, desordenes mentales, epilepsia, vértigo, convulsión, parálisis o migraña?		
c. ¿Problemas de Corazón, circulatorios, Dolores en el pecho, alta presión arterial, angina, deficiencias respiratorias o Fiebres reumáticas?		
d. ¿Enfermedades de los pulmones, asma, bronquitis, tos crónica padecimientos de la garganta o tuberculosis?		
e. ¿Enfermedades o problemas del estomago, intestinos, hígado, vehicular, úlceras, colitis, hemorroides, problemas de riñones o de las vías urinarias, albúmina en la orina o padecimientos de la vejiga?		
f. ¿Enfermedades musculares o padecimientos de la espalda, reumatismo, artritis, gota o inflamación del sistema fibroso, amputaciones, osteoporosis, deformaciones óseas o musculares o hernias?		
g. ¿Cáncer, tumor o problemas de la sangre?		
h. ¿Dermatitis o problemas de la piel, tales como enfermedades de chagas?		
i. ¿Sinusitis, desviaciones del tabique nasal o cualquier otro desarreglo de la nariz?		
j. ¿Problemas endocrinólogos, padecimiento de la tiroides, diabetes, azúcar en la orina?		
k. ¿Padecimiento de las glándulas mamarias, ovarios, útero, vagina, cerviz, desarreglos menstruales, problemas de infertilidad o cualquier trastorno interno de la mujer?, ¿Problemas en el pene, testículos o en la Próstata?		
l. ¿Está la solicitante o conyuge en estado de gestación en estos momentos		
m. ¿Ha tenido o tiene el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o padecimientos relacionados con el SIDA, alguna enfermedad transmitida sexualmente (venéreas)?		
n. ¿Alguna enfermedad , padecimiento, accidente o desorden fisiológico no mencionado anteriormente?		

Alguno de los aspirantes al seguro indicados en esta solicitud:	SI	NO
o. ¿Ha realizado algún examen de salud o examen medico de rutina en los últimos cinco (5) años?		
p. ¿Ha habido resultados anormales en los chequeos nombrados en el inciso anterior?		
q. ¿Se le han recomendado rayos X, electrocardiograma, electroencefalograma, pruebas de sangre, orina o cualquier otro tipo de investigación médica?		
r. ¿Ha estado alguna vez ingresado en un hospital, clínica o sanatorio en los últimos cinco (5) años?		
s. ¿Está o ha estado en los últimos cinco (5) años bajo tratamiento o medicamento?		
t. ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica en los últimos siete (7) años?		
u. ¿Se le ha recomendado alguna intervención quirúrgica (cirugía) que no se haya realizado?		
v. ¿Ha recibido tratamiento por alcoholismo, por adicción a drogas, o abuso de alguna otra sustancia nociva a la salud?		
w. ¿Ha fumado cigarrillos, cigarros o tabacos en los últimos doce (12) meses?		
x. ¿Alguno de los aspirantes al seguro tiene en su familia inmediata (padre/madre) historia de diabetes, hipertensión, problemas del corazón o enfermedades de la circulación?		

6. Si contesto "SI" En alguna de las preguntas anteriores, favor de ofrecernos la información que solicitamos adelante:

Nº.	Aspirante	Diagnóstico, Tratamiento y Médico Tratante (si ha sido operado, infórmenos)	d	m	A	Estado Actual

*En caso de necesitar mas espacio, favor anexar las hojas con el respectivo detalle y firmadas por el asegurado

7. Indique el o los beneficiarios de la cobertura de Seguro de Vida y de Muerte Accidental

Asegurado Principal:	
Conyugue:	

Yo certifico y manifiesto que he leído todas las preguntas reflejadas en esta solicitud y que las respuestas a las mismas son ciertas y completas. Certifico además que toda persona a ser cubierta por esta póliza reside fuera de los EE.UU. (incluyendo a Puerto Rico) o de Canadá por lo menos (9) meses durante el año. Entiendo que ningún agente o representante está autorizado a efectuar cambios, modificaciones o prometer alteraciones a la póliza en forma contraria a lo dispuesto en el contrato de seguro que contiene las disposiciones y limitaciones establecidas por la Compañía. Entiendo además que ningún seguro (cobertura y beneficios) será efectivo hasta que la póliza sea expedida y las primas de la misma hayan sido pagadas de acuerdo a lo convenido. Entiendo que la falsificación u omisión de cualquier información podría resultar en un intento de fraude contra la Compañía y conllevar la devolución de la prima y la anulación o rescisión del contrato.

AUTORIZACION

Autorizo por la presente a cualquier médico, hospital, clínica u otra facilidad médica o médicamente relacionada que posea licencia como tal, compañía de seguros, el bureau de información medica u otra organización, institución o persona que tenga cualquier información de mi o mi salud, o de mi cónyuge o hijos dependientes propuestos para el seguro, a dar dicha información a Redbridge Insurance Company y a sus reaseguradores. Una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.

FIRMA DEL SOLICITANTE

DIA / MES / AÑO

FIRMA DEL CONYUGUE

FIMA DEL AGENTE DE REDBRIDGE INSURANCE COMP

PARA USO DE LA COMPAÑÍA

--