

Formulario Solicitud de Afiliación Salud Doméstica

PÓLIZA _____ ID DE ARCHIVO _____ CERTIFICADO NO. _____

Datos del contratante y/o empleador

NOMBRE COMPLETO _____

SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO	NACIONALIDAD
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Unión libre		TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> NSS		NÚMERO
TELÉFONO RESIDENCIAL	CELULAR	TELÉFONO DE OFICINA	CORREO ELECTRÓNICO	
DIRECCIÓN (Calle/Número)				
EDIFICIO/TORRE/RESIDENCIAL			APARTAMENTO/CASA NO.	
BARRIO/SECTOR			CIUDAD/MUNICIPIO	
NIVEL ACÁDEMICO / PROFESIÓN				

Datos del servicio doméstico

NOMBRE Y APELLIDOS	CÉDULA	SEXO		LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO			PARENTESCO
		M	F		Día	Mes	Año	

OBSERVACIONES _____

Pago de prima

VALOR DE LA PRIMA RD\$ Mensual	FRECUENCIA DE PAGO DE LA PRIMA <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual	FORMA DE PAGO <input type="checkbox"/> Pago automatico <input type="checkbox"/> Día de cobro
Para pago automático, autorizo a la institución bancaria indicada a descontar durante la vigencia de este seguro el valor de las primas correspondientes a la opción seleccionada por mí.		
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN BANCARIA	AUTORIZO CARGAR A <input type="checkbox"/> Cuenta bancaria <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito	
TIPO CUENTA <input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro	NÚMERO DE CUENTA	NÚMERO DE TARJETA DE CRÉDITO
<input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Otra:	FECHA DE VENCIMIENTO	CVV

Declaración

Mediante la presente autorizo a Universal, S. A., a que me incluya en la póliza Salud Doméstica. Convengo que los términos de ese seguro serán regidos por las disposiciones de la póliza arriba mencionada y convengo además que las siguientes declaraciones formarán parte integral de dicha póliza:

1. Que yo y/o ninguno de mis dependientes tenemos problemas de salud, que no hemos sufrido, ni se nos han informado que padecemos de enfermedades del corazón, pulmones, úlceras, sida, diabetes, cáncer o tumores malignos, riñones, presión arterial, taquicardia, o del sistema genitourinario en general, enfermedades, hepáticas, afecciones de la próstata (si es hombre), trastornos de los órganos femeninos (si es mujer), alteraciones o hemorragias menstruales, quiste en senos u otros órganos, virus del papiloma humano (VPH), neoplasia intraepitelial cervical III, carcinoma in situ, ni hemos recibido radiación o quimioterapia, deformidad, amputación o incapacidad física, tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica en curso, alteración en la tiroides, goiter, embarazo en curso.

2. Que yo y/o mis dependientes nos dedicamos a actividades de lícito comercio y no peligrosas, tales como: trabajos en altamar, trabajos en túneles, trabajos en subterráneos, trabajos en pozos, buzo, bombeo, trabajos con explosivos, guardaespaldas, cuerpo de seguridad, fumigación, entre otras actividades similares.

3. Que yo y/o ninguno de mis dependientes participamos en ningún deporte en el cual la vida puede estar en peligro.

Declaro que, a mi leal saber y entender, las informaciones dadas en este formulario son veraces y completas, y constituyen la base y condición para la objeción de este seguro y autorizo a cualquier médico, profesional, hospital o clínica, de proveer a Universal, S. A., cualquier información proporcionadas a mi relacionadas con enfermedades.

A los _____ el mes _____ el año dos mil _____ .

En la ciudad de, _____ República Dominicana.

Firma

Firma del Contratante y/o Empleador

Fecha

Gerente de Negocios

Intermediario

Código

Supervisor

Código