

Formulario Afiliación Beneficios Opcionales

 INCLUSIÓN Titular Dependiente RADICACIÓN _____ NO. CONTRATO Y FAMILIA _____

Datos del solicitante

NOMBRE COMPLETO _____

TIPO IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	NO. IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)
-------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------	----------------------------------

NACIONALIDAD	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unión libre
--------------	---------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DIRECCIÓN RESIDENCIA (Calle y número) _____

BARRIO/SECTOR	CIUDAD/MUNICIPIO	EDIFICIO/TORRE/RESIDENCIAL	APARTAMENTO/CASA NO.
---------------	------------------	----------------------------	----------------------

CELULAR	TEL. RESIDENCIAL	CORREO ELECTRÓNICO
---------	------------------	--------------------

Datos de la empresa o institución donde labora

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	RNC
-----------------------	-----

DIRECCIÓN RESIDENCIA (Calle y número) _____

BARRIO/SECTOR	CIUDAD/MUNICIPIO	EDIFICIO/TORRE/RESIDENCIAL	APARTAMENTO/CASA NO.
---------------	------------------	----------------------------	----------------------

TEL. RESIDENCIAL	CORREO ELECTRÓNICO
------------------	--------------------

Beneficios opcionales

<input type="checkbox"/> MEDICINA AMBULATORIA	<input type="checkbox"/> ÚTIMOS GASTOS	<input type="checkbox"/> ODONTOLOGÍA	<input type="checkbox"/> CATASTRÓFICO
-----------------------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

 OTROS

Datos de los dependientes

NOMBRE Y APELLIDO	NO. IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	CIUDAD DE NACIMIENTO	PARENTESCO
		Día	Mes	Año				

UNIVERSAL (en adelante "La Compañía") se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción. La cobertura entra en vigor en la fecha de aprobación de esta solicitud indicada por La Compañía. Usted está de acuerdo que todas las respuestas mencionadas anteriormente son completas y verdaderas según su conocimiento y entendimiento. Si hubiera alguna respuesta falsa en esta solicitud, el contrato podrá ser anulado por La Compañía, sin ninguna consecuencia legal en contra de esta. Autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica, agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente de proveer a La Compañía cualquier información incluyendo copias de registros respecto a cuidado o tratamiento proporcionado a mi y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

El solicitante autoriza expresa e irrevocablemente a La Compañía a suministrar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesarios a los fines de evaluación de crédito por parte de otras instituciones suscriptoras de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de La Compañía y/o por sus respectivos empleados, funcionarios y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal ni generará responsabilidad bajo los Artículos 1382 y siguientes del Código Civil, ni bajo ningún otro texto legal, al tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cualesquiera acciones o demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por dicha causa, o por el suministro de información inexacta y prometiendo la sumisión de sus representantes, accionistas y demás causa habitantes a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil.

 Firma y sello empresa

 Firma del titular

 Fecha (dd/mm/aaaa)