

Radicación: _____
Uso interno

 Inclusión: Titular Dependiente Plan: _____ Número de contrato y familia: _____

Datos generales del titular

 Tipo de identificación: Cédula Pasaporte NSS Número de identificación: _____

Apellidos: _____

Nombres: _____

Ciudad de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____

 Sexo: Femenino Masculino Estatura: _____ pies _____ pulg. Peso: _____ lbs. Nacionalidad: _____

Dirección residencial: _____

 Tipo de zona: Rural Urbana Tel. casa: _____ Tel. oficina: _____

Cel.: _____ Correo electrónico: _____

 Estado civil: Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre Otro

Especifique AFP: _____

 Nivel académico: Primario Secundario Universitario Postgrado Maestría Técnico Profesión

 Vehículo: Si No Casa: Propia Alquilada Dependiente

 Escala salarial: + 70,000 - 70,000 + 50,000 - 50,000 + 30,000 - 30,000 + 20,000 - 20,000

Datos generales de la empresa

 Trabajador: Dependiente Independiente Razón social o nombre: _____

RNC: _____ Sucursal: _____ Teléfono: _____

Cargo: _____ Tipo de empresa: _____

Actividad económica: _____ Fecha ingreso a la compañía: _____

Dirección laboral: _____

Datos de los dependientes

Nombre y apellido	No. identificación	Fecha de nacimiento			Edad	Sexo	Ciudad de nacimiento	Parentesco
		Día	Mes	Año				

Antecedentes médicos de los solicitantes (no aplica para PBS)

Según su conocimiento, alguna de las personas nombradas en esta solicitud ha padecido alguno de los siguientes síntomas y/o enfermedades:

- | | Si | No | | Si | No |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Deformidad, amputación o incapacidad física. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial, fiebre reumática. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Tuberculosis, asma, bronquitis o cualquier otra enfermedad pulmonar. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cáncer o tumores malignos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Artritis, reumatismo, artritis deformativa, padecimiento en la espina dorsal, huesos, articulaciones o los músculos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cálculos y/o alteración en los riñones o en la vejiga. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. (Femenino) alteraciones o hemorragias menstruales, desórdenes en los órganos reproductivos, quiste en senos u otros órganos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Goiter, alteración en la tiroides o diabetes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. (Masculino) alteraciones en la próstata. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Epilepsia, gota, enfermedades mentales o nerviosas. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. SIDA (Síndrome Inmunológico de Deficiencia Adquirida). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Adicción a las drogas y/o alcohol, por la cual ha sido tratado y/o hospitalizado. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. Está embarazada, en caso afirmativo indicar período de embarazo _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Alteración de la vesícula, del estómago, del hígado o los intestinos, páncreas, hernias, úlceras, hemorroides. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. Otra _____ | | |
| 9. Catarata u otra alteración de los ojos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

Si usted ha indicado "si" en alguna de las respuestas anteriores, favor completar las siguientes informaciones:

Punto No.	Nombre del solicitante	Diagnóstico y tratamiento	Fecha del diagnóstico o procedimiento	Nombre y dirección del médico y/o del hospital

Datos para contratos individuales

Formas de pago: Mensual Trimestral Semestral Anual Vía de envío de la factura: Física Electrónica

Beneficios adicionales: Catastrófico Ambulancia Oftalmológico Muerte titular

AeroAmbulancia Alert Plus: _____ Movi Alert: _____ Medicina ambulatoria monto: _____%

Tarifa: _____ Últimos Gastos: _____ Cesantía: _____ Odontológico: _____

Observaciones y/o condiciones especiales:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____

Nota: En caso de que no existan observaciones, colocar N/A (No aplica).

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 suscriptores 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.

Sucursal

Código

Promotor

Código

Supervisor

Código

Firma y sello empresa

Firma del titular

Fecha:

Huella dactilar pulgar izquierdo del afiliado

Huella dactilar pulgar derecho del afiliado