

Solicitud SaveMed Servicio de Salud Internacional Administrado

Datos del solicitante

Nombres _____ Apellidos _____
 Sexo Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Años Cédula o pasaporte _____-_____
 Dirección _____

Calle / Número
Sector / Ciudad
 Teléfono Res. _____ Oficina _____ Celular _____
 Empresa donde labora _____ Actividad del negocio _____
 Dirección _____

Calle / Número
Sector / Ciudad
 Correo electrónico _____ Teléfono _____ RNC _____
 Labor que realiza _____ Tiempo realizando esta actividad _____
 Estado civil Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
 Dirección donde desea les sean remitidos los documentos _____

Datos del responsable de pago

Nombres _____ Apellidos _____
 Sexo Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Años Cédula o pasaporte _____-_____
 Dirección _____

Calle / Número
Sector / Ciudad
 Teléfono Res. _____ Oficina _____ Celular _____
 Empresa donde labora _____ Actividad del negocio _____
 Dirección _____

Calle / Número
Sector / Ciudad
 Correo electrónico _____ Teléfono _____ RNC _____
 Labor que realiza _____ Tiempo realizando esta actividad _____
 Estado civil Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
 Dirección donde desea les sean remitidos los documentos _____

Datos del beneficiario

Nombres _____ Apellidos _____
 Sexo Masculino Femenino Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Años Cédula o pasaporte _____-_____
 Dirección _____

Calle / Número
Sector / Ciudad
 Teléfono Res. _____ Oficina _____ Celular _____
 Empresa donde labora _____ Actividad del negocio _____
 Dirección _____

Calle / Número
Sector / Ciudad
 Correo electrónico _____ Teléfono _____ RNC _____
 Labor que realiza _____ Tiempo realizando esta actividad _____
 Estado civil Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre
 Dirección donde desea les sean remitidos los documentos _____

Especificaciones del seguro solicitado

¿Posee usted algún seguro médico? Si No

En caso afirmativo, indique:

| Compañía | No. de póliza | Fecha de emisión | Fecha última vigencia |
|----------|---------------|------------------|-----------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Seguros Universal, S. A. (en adelante "La Compañía") se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de suscripción. La cobertura entra en vigor al momento del depósito de los valores requeridos en garantía por La Compañía.

Este documento forma parte integral del contrato de Seguros de Salud Administrado que se emita como consecuencia de esta solicitud y estoy conciente de que la declaración falsa u omisión de información solicitada, así como el no cumplimiento de la obligación de la garantía a pagar por adelantado, puede dar derecho a la compañía de rechazar dicha solicitud.

Autorizo a cualquier proveedor de la red de servicios de la compañía, médico, profesional, hospital, clínica, agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente de proveer a La Compañía cualquier Información incluyendo facturas, 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.

Declaro que, a mi leal saber y entender, las informaciones dadas en este formulario son veraces y completas.

Autorizo expresa e irrevocablemente a SEGUROS UNIVERSAL, S. A. a consultar en los centros de información crediticia nuestra información con el fin de conocer mi historial de crédito de acuerdo en lo establecido en la Ley 288-05 y/o suministrar a centros de información crediticia la información patrimonial y extramatrimonial necesaria 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 SEGUROS UNIVERSAL, S. A. 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 accionistas 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, acciones y demás causahabientes a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil.

FECHA
Día Mes Año

_____ SOLICITANTE

_____ CONTRATANTE

_____ GERENTE DEPTO. SALUD INTERNACIONAL

_____ INTERMEDIARIO

CÓDIGO

Fecha de aceptación
Día Mes Año

Sólo debe ser llenado por la Compañía

Observaciones: _____

FECHA
Día Mes Año

_____ FIRMA