

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

☐ Inclusión titular Plan: _____

☐ Inclusión dependiente Número de contrato y familia: _____

Radicación: _____ - _____

Uso interno

Datos generales del titular

Tipo de identificación ☒ Cédula ☐ Pasaporte ☐ NSS Número de identificación 00118746395

Apellidos MEDINA Floriana

Nombres NEUKIS Alejandra

Ciudad de nacimiento BARAHONA Fecha de nacimiento 18/07/1990

Sexo Femenino ☒ Masculino ☐ Estatura _____ (pies) _____ (pulg.) Peso _____ (lbs.) Nacionalidad Dominicana

Dirección residencial / ciudad GARDEN CITY Tipo de zona Rural ☐ Urbana ☒

Calle y número 15 Edificio / Apartamento 201

VILLA MELLA Tel. Casa _____ Tel. Oficina _____

Tel. Cel. _____ Correo electrónico NEUKIS@hotmail.com

Estado civil Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Unión libre ☒ Otros _____

Especifique AFP POPULAR

Nivel académico Primario ☐ Secundario ☒ Universitario ☐ Postgrado ☐ Maestría ☐ Técnico ☐ Profesión _____

Vehículo Si ☒ No ☐ Casa Propia ☒ Alquilada ☐ Dependiente ☐

Escala salarial ☐ + 70,000 + 100,000 ☐ - 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 SEGURA Universal

RNC o cédula 161001941 Sucursal _____ Teléfono _____

Cargo _____ Tipo de empresa Pública ☐ Privada ☐ Mixta ☐ Actividad económica _____

Dirección _____ Calle y número _____ Edificio / Apartamento _____

Sector _____ Ciudad _____ Fecha ingreso a la compañía: _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Datos de los dependientes

	Nombre y Apellido	No. Identificación	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo	Ciudad de Nacimiento	Parentesco
			Día	Mes	Año				
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

Antecedentes médicos de los solicitantes (completar para cobertura adicional a 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

Beneficios adicionales: ☐ Catastrófico ☐ Ambulancia ☐ Oftalmológico ☐ Muerte titular ☐ Exclusivo Dental *

Tarifa _____ Últimos Gastos _____ Cesantía _____ Odontológico _____

Medicina ambulatoria monto _____ %

Observaciones y/o condiciones especiales:

1 _____

2 _____

3 _____

* Aplica sólo para afiliados del Plan Exclusivo.

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 repuestas 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 mí 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 _____

Neuris Medina
Firma del Titular

Fecha: 07/11/2008
Día Mes Año

Huella dactilar pulgar izquierdo del afiliado

Huella dactilar pulgar derecho del afiliado

