



Pág. 1 de 2

Contratante:

Póliza:

Nombre o Razón Social:

Teléfono:

Datos Personales

Nombre (s):

Apellido (s):

Teléfono:

Cédula/Pasaporte No.:

Lugar y Fecha de nacimiento:

Sexo:

F

M

Estatura:

Pies / Plgds.

Peso:

Kgs / Lbs.

Forma de Pago:

Información dependientes

Nombres de los dependientes		Parentesco con el titular	Fecha de nacimiento	Sexo	Peso	Estatura
Nombres	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> F	<div></div> <div></div>	<div></div>
Apellidos	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> M	Lbs/Kgs	Pies/Mts.
Nombres	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> F	<div></div> <div></div>	<div></div>
Apellidos	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> M	Lbs/Kgs	Pies/Mts.
Nombres	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> F	<div></div> <div></div>	<div></div>
Apellidos	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> M	Lbs/Kgs	Pies/Mts.
Nombres	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div>	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> F	<div></div> <div></div>	<div></div>
Apellidos	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	<div></div> M	Lbs/Kgs	Pies/Mts.

Declaración

Por este medio solicito la rehabilitación de cobertura del Seguro de Salud Internacional para lo que hago constar que desde el día en que caducó mi cobertura no ha habido cambios en el estado de mi salud o en la salud de ninguno de los dependientes que aparecen en la solicitud.

En caso de haber algún cambio en el estado de salud, favor detallar a continuación:

Nombre del Paciente	Padecimiento/diagnóstico	Médico tratante (dirección/teléfono)



Autorizaciones y Firmas

Certifico y doy fe que los datos suministrados y contenidos en el presente formulario son verdaderos, correctos y actualizados, y autorizo a que los mismos formen parte del contrato-póliza. Declaro bajo la fe del juramento que no he omitido ninguna información requerida explícita o implícitamente en este formulario y que en caso de declaración o representación falsa, fraude u omisión, WORLDWIDE se reserva el derecho de declinar cualquier cobertura por condición preexistente o de rechazar la solicitud de rehabilitación, sin menoscabo de cualesquiera otros remedios aplicables de acuerdo a los términos y condiciones del plan contratado.

Autorizo a WORLDWIDE a requerir y obtener todas las pruebas adicionales de asegurabilidad que fueren necesarias a discreción de WORLDWIDE. Reconozco que la suscripción de la presente solicitud no constituye la rehabilitación de dicha póliza y que la misma sólo podrá ser rehabilitada si el Contratante: a) suministra pruebas de que el Contratante y cualesquiera otras personas cubiertas cumplen con los requisitos de WORLDWIDE de asegurabilidad; y b) paga a WORLDWIDE todas las primas adeudadas y no pagadas, con los intereses aplicables, así como el importe del costo de la rehabilitación que se fije para este efecto. El Contrato se considerará nuevamente vigente a partir del día en que WORLDWIDE comunique por escrito al Contratante haber aceptado la propuesta de rehabilitación correspondiente

Lugar y Fecha

Nombre del agente

Firma del solicitante