

Inclusión titular Plan: \_\_\_\_\_

Radicación: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

 Inclusión dependiente Número de contrato y familia: \_\_\_\_\_

Uso interno

**Datos generales del titular**

Tipo de identificación  Cédula  Pasaporte  NSS Número de identificación \_\_\_\_\_

Apellidos \_\_\_\_\_  
Primer Segundo

Nombres \_\_\_\_\_  
Primer Segundo

Ciudad de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Sexo Femenino  Masculino  Estatura \_\_\_\_\_ (pies) \_\_\_\_\_ (pulg.) Peso \_\_\_\_\_ (lbs.) Nacionalidad \_\_\_\_\_

Dirección residencial / ciudad \_\_\_\_\_ Tipo de zona Rural  Urbana

Calle y número \_\_\_\_\_ Edificio / Apartamento \_\_\_\_\_  
Sector Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Oficina \_\_\_\_\_

Tel. Cel. \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Estado civil Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Unión libre  Otros \_\_\_\_\_

Especifique AFP \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

RNC o cédula \_\_\_\_\_ 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 _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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 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 reponsabilidad 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:    Día    Mes    Año

Huella dactilar pulgar izquierdo del afiliado      Huella dactilar pulgar derecho del afiliado