

Observaciones y/o condiciones especiales:

1 _____
2 _____
3 _____
4 _____
5 _____
6 _____
7 _____
8 _____
9 _____
10 _____

A. Continuidad de cobertura, indicar ARS anterior.

E. Emisión realizada vía SSA o vía data electrónica.

B. Beneficio de maternidad a madres que no cumplen período de espera.

F. Tarifa.

C. Cirugía en curso.

G. Descuento.

D. Informes médicos.

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

Yo, el suscrito patrono, solicito de Universal, un contrato salud colectivo con las especificaciones de esta solicitud, de los empleados actuales y futuros, incluidos regularmente en la nómina. Convengo en que si Universal, acepta esta solicitud, el seguro deberá iniciar vigencia en la fecha antes mencionada, o inmediatamente después que la Compañía reciba el pago de la primera facturación y acepte como válida la solicitud, así como también los formularios de afiliación Medicina Prepagada, debidamente completadas por los empleados con derecho al seguro.

El solicitante autoriza expresa e irrevocablemente a Universal, 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 Universal 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.

_____	_____
Patrono	Día Mes Año Fecha Aceptación
_____	_____
Sucursal	Código
_____	_____
Promotor	Código
_____	_____
Supervisor	Código
_____	_____
Gerente de Negocios	Código