

BUPA CORPORATE CARE

SOLICITUD SEGURO DE SALUD DE GRUPO

ANEXO A



Por favor complete este formulario con los datos de identificación de cada uno de los miembros de la junta directiva, propietarios, beneficiarios, representantes legales, apoderados y/o personas autorizadas con uso de firma, que operen ante el sujeto obligado en nombre y representación de la persona jurídica.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN			
Nombres			
Apellidos			
Fecha de nacimiento		País de nacimiento	
Nacionalidad		Sexo	
Tipo de identificación		Número	
Domicilio			Código postal
Teléfono		Correo electrónico	
Actividad comercial			
Nombre del lugar de trabajo			Teléfono
Dirección			
¿Es usted una Persona Expuesta Políticamente (PEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
El firmante de este documento declara lo siguiente:			
1. Que todos mis datos personales completados en este formulario son proporcionados a Bupa República Dominicana, S.A. (la "Aseguradora").			
2. Que autorizo a la Aseguradora a hacer tratamiento de mis datos personales con arreglo al Aviso de Privacidad <input type="text"/> ("Aviso de Privacidad") y especialmente con la finalidad de permitir/facilitar el procesamiento de la solicitud de seguro presentada por <input type="text"/> y la correspondiente emisión de la póliza de seguro solicitada.			
3. El Aviso de Privacidad aparece publicado en: <input type="text"/> , y al firmar este documento yo declaro que lo he recibido, que lo he leído y que y lo acepto sin reservas.			
4. Que todos los datos personales que he completado en este formulario de solicitud son verdaderos, completos y actuales.			
Firma			Fecha

Bupa Dominicana, S.A.

Av. John F. Kennedy, No. 10 Edif. Pellerano & Herrera, 2do Nivel • Ens. Miraflores • Santo Domingo, República Dominicana
Tel: (809) 955 2555 • www.bupasalud.com • bupadominicana@bupalatinamerica.com