

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. Winston Churchill No. 1099 • Acropolis Center, 3er Nivel, Piantini • Santo Domingo, República Dominicana
Tel: (809) 955 2555 • www.bupasalud.com • bdominicana@bupalatinamerica.com