

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			
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/MiBupa