

# 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.bupalud.com/MiBupa](http://www.bupalud.com/MiBupa)