

FORMULARIO DE SOLICITUD

Inclusión

Exclusión

Renovación

Institución: MINISTERIO DE OBRAS PUBLICAS Y COMUNICACIONES

ID Cliente: \_\_\_\_\_ Cód. Col.: 1141 Plan: M.O.P.C.

IMPORTANTE: Declaro en mi nombre, y en el de las personas inscriptas en esta solicitud, que los datos detallados, aun cuando no sean escrito de mi puño y letra, son verdaderos. Esta solicitud debe estar acompañada de la copia de Cédula de Identidad del Titular, de los adherentes y de los documentos que certifiquen el parentesco. Los datos deben ser completados en letra Imprenta y no se aceptaran tachaduras, enmiendas u omisiones.

**DECLARO BAJO FÉ DE JURAMENTO** que mis datos y los de las personas precedentemente detalladas son verdaderos.

Así mismo asumo las consecuencias legales que implican la falsedad del contenido del presente instrumento.

**DATOS DEL TITULAR/RESPONSABLE DE PAGO:**

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

CI Nº: \_\_\_\_\_ Ruc: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Edad: \_\_\_ Sexo: \_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LOS ADHERENTES:**

Nombre y Apellido	Fecha de Nac	Edad	CI Nº	Parentesco	Importe Cuota	Odont.	Plus

Mail: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Dirección:

--	--	--	--	--	--	--	--

Mail: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Dirección:

--	--	--	--	--	--	--	--

Mail: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Dirección:

**Total Cuota Mensual:** Gs. \_\_\_\_\_

**Fecha de Inclusión/Exclusión:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Débito: Sí \_\_\_ No \_\_\_

Por medio de la presente me comprometo a abonar mensualmente y por mes adelantado la cuota establecida para mis adherentes pago en concepto de cobertura por prestación de servicios médicos sanatoriales. Asimismo me comprometo a abonar la **Totalidad de las Mensualidades** establecidas de mis adherentes pago durante la vigencia del contrato signado entre la Empresa y la Institución.

En caso que no abonare (02 dos) de las cuotas de mis adherentes, autorizo a la Empresa a suspender los servicios prestados a mis adherentes hasta tanto haya regularizado mi incumplimiento. En caso de que dicho atraso fuere superior a 60 días, por este instrumento autorizo suficientemente en forma expresa e irrevocable a REYVA S.A. a tratar mis datos personales, en particular los datos crediticios que surjan de la presente relación comercial, de conformidad a la Ley No. 6534/20 de "Protección de Datos Personales Crediticios" y la posibilidad de ceder estos datos a Sociedades de Información Crediticia u otras empresas especializadas.

Del mismo modo, entiendo y acepto que existen variantes que modifican el monto de las cuotas (Ej.: cambio de edades de mis beneficiarios y/o adherentes), las cuales se encuentran estipuladas en el contrato vinculante, el cual conozco y acato sin oposición alguna.

En testimonio de conformidad y congruente al PBC ID 424337 declaro conocer que en ningún caso las coberturas se aplicaran en forma retroactiva a prestaciones de servicios anteriores a la inclusión efectuada. También reconozco que el plazo máximo para las incorporaciones del Grupo Familiar y Adherentes son 90 días hábiles por año, posteriores a la fecha de mi incorporación dentro de los servicios contratados; siendo el inicio de la vigencia de las coberturas, de mis adherentes debidamente admitidos, inmediatamente después de la comunicación y suscripción del presente instrumento y pago de la cuota.

Firma del Titular/Responsable de Pago: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_