

Datos del Solicitante

Empresa _____

Persona Física _____
Apellidos _____ Nombres _____

RNC _____ - _____ Cédula _____ - _____
Nueva

Cargo u Ocupación _____ Nivel Académico/Profesión _____

Vehículo Sí No Marca _____ Modelo _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento/Const. _____

Dirección de Cobro _____
Calle y número _____ Apartamento y Edificio _____
Sector _____ Ciudad _____

Dirección Domicilio (si la dirección es distinta a la de cobro) _____
Calle y número _____ Apartamento y Edificio _____
Sector _____ Ciudad _____

Vivienda: Propia Alquilada Vigencia del Seguro desde _____ hasta _____

Teléfono Res. _____ Oficina _____ Fax _____

Celular _____ Dirección de Correo Electrónico _____

Nombre de la empresa en que labora: _____

Actividad que realiza _____

Posee otra ocupación y/o fuente de ingreso? Sí No En caso afirmativo, indique la misma: _____

Ingreso anual RD\$: _____ Ocupación RD\$ _____ Otras fuentes RD\$ _____

Fecha de nacimiento _____ Estatura _____ Pie _____ Pulgs. _____ Peso _____ Libras _____

Dirección donde desea le sean remitidos los documentos: Asegurado Contratante Intermediario Dirección Comercial Dirección Residencial

Antecedentes del Solicitante

¿Posee alguna limitación o defecto físico? Sí No
 En caso afirmativo, explique el mismo: _____

¿Ha sufrido o sufre de alguna enfermedad o dolencia? Sí No
 En caso afirmativo, indique diagnóstico: _____
 Fecha: _____

¿Posee cualquier otro Seguro Personal Contra Accidente? Sí No
 En caso afirmativo, indique:
 Nombre de la compañía: _____

Se le ha rechazado alguna solicitud de seguro de Vida o Salud? Sí No
 Si afirmativo, indique causas: _____

¿Realiza y/o piensa realizar alguna de las siguientes actividades:
 Paracaidismo, carrera de velocidad, caza, polo, fútbol, alpinismo, piloto o tripulante de cualquier nave aérea Sí No

¿Es miembro de alguna rama de las Fuerzas Armadas de cualquier país? Sí No
 Indique la frecuencia en que realiza viajes aéreos
 Semanal Mensual Anual Otra _____

¿Posee automóvil? Sí No En caso afirmativo, indique:
 Uso _____

Utiliza Motocicleta: Sí No En caso afirmativo indique:
 Uso Privado Trabajo Ambos

Datos de los Beneficiarios

1er. Nombre	2do. Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido	Cédula	Fecha de Nacimiento			Parentesco
					Día	Mes	Año	

Especificaciones del Seguro Solicitado

Coberturas	Valor asegurado RD\$	Prima anual	Prima según forma de pago RD\$
Muerte	_____	_____	_____
Incapacidad Total y Permanente	_____	_____	_____
Otra Incapacidad	_____	_____	_____
Compensación semanal por incapacidad total o permanente	_____	_____	_____
Compensación semanal por incapacidad parcial o temporal	_____	_____	_____
Gastos Médicos, Quirúrgicos, hospitalarios y de medicina	_____	Total de Prima: _____	_____
Forma de pago de prima: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual		ITBIS _____	
		Total a Pagar _____	

Forma de pago de prima

Efectivo Pago Automático (*) Si es Pago Automático, Favor Autorizar: Cargar a Cuenta Cargar a Tarjeta

Nombre del Banco _____

Corriente
 De Ahorros

25 % prima más Anual Semestral
 Mensual Trimestral

Número de Cuenta:

Número de Tarjeta:

Fecha de Vencimiento:

El solicitante autoriza expresa e irrevocablemente a SEGUROS UNIVERSAL, C. POR A. a suministrar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesarios a los fines de evaluación de crédito por parte de otras instituciones suscriptoras de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de SEGUROS UNIVERSAL, C. POR A. y por sus respectivos empleados, funcionarios y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal ni generará responsabilidad bajo los artículos 1382 y siguientes del Código Civil, ni bajo ningún otro texto legal, al tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cualesquiera acciones o demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por dicha causa, o por el suministro de información inexacta y prometiendo la sumisión de sus representantes, accionistas y demás causahabiente a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del artículo 1120 del código Civil.

La póliza excluye servicio del asegurado en el cumplimiento de sus deberes con las Fuerzas Armadas o tomando parte en conmociones civiles, guerra y riesgos similares, sedición o huelga, suicidio o tentativa de suicidio, asalto provocado, pelea estando el asegurado afectado por alcohol o droga, excepto en caso de defensa propia de buena fe.

Garantizo que las declaraciones expuestas anteriormente son correctas y completas. Convengo en que esta solicitud será la base del contrato entre la Compañía y yo. Entiendo que este seguro no está en vigor hasta que esta solicitud haya sido aceptada por la Compañía.

Fecha

_____ Solicitante _____ Oficina Suscriptora

_____ Intermediario Código

_____ Gerente de Negocios