

Datos del solicitante

RNC _____ Cédula _____

Empresa _____

Persona Física _____
Apellidos _____ Nombres _____

Cargo u Ocupación _____ Nivel Académico/Profesión _____

Vehículo Sí No Marca _____ Modelo _____

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 _____ Moneda de la póliza RD\$ US\$

Teléfono Res. _____ Oficina _____ Fax _____

Celular _____ Dirección de Correo Electrónico _____

Ubicación del Riesgo 1. Calle/número _____ Sector/Ciudad _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

Actividad del Negocio _____

Solicita Seguro de Responsabilidad Civil para:

- | | | |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Industrias, Comercios y Talleres. | <input type="checkbox"/> Maquinarias y Grúas de Construcción y Elevación de Cargas. | <input type="checkbox"/> Propietarios de Edificaciones Urbanizaciones y Complejos Residenciales Administrados en Régimen de Comunidad. |
| <input type="checkbox"/> Vida Personal y Familiar. | <input type="checkbox"/> Talleres de Reparación, Garaje, Parques Públicos y Estaciones de Servicios. | <input type="checkbox"/> Empresas de Construcción. |
| <input type="checkbox"/> Centros de Enseñanza. | <input type="checkbox"/> Fincas Agrícolas. | <input type="checkbox"/> Sociedades y Clubes Deportivos. |
| <input type="checkbox"/> Hoteles y Restaurantes. | <input type="checkbox"/> Seguro de Exceso. | |
| <input type="checkbox"/> Empresa de Vigilancia. | | |

Informaciones Generales

Número de locales _____ Volumen de salario anual \$ _____ Productos o trabajos elaborados _____

Empleados nominales _____ Venta anual \$ _____ Ventas anuales estimadas para este año \$ _____

Informaciones Específicas (Contestar sólo las concernientes al tipo de negocio)

Cantidad de Habitaciones _____

En caso de garajes, parqueos y talleres, indique:
 Número de espacios disponibles _____
 Límite por Vehículos _____
 Número de Socios _____
 Número de alumnos _____

En caso de Seguro de Exceso, indicar seguros primarios sobre los cuales necesita cobertura:

Póliza No.	Empresa	Límite

Si solicita seguro para Maquinarias y Grúas de Construcción, favor detallar los equipos a asegurar :

(Si el espacio proporcionado no es suficiente, anexar relación)

Tipo	Serie	Modelo	Año

FD-01

En caso de hoteles, favor completar:

Cantidad de Habitaciones _____ Cantidad de Piscinas _____
 Cantidad de Bares _____ Tiene Gimnasio? Sí No
 Cantidad de Restaurantes _____ Tiene centro de conferencias? Capacidad _____ personas.

Distribución de Huespedes (100%)
 EEUU/Canadá _____ %
 Europa _____ %
 Local _____ %
 Otros _____ %

Coberturas

Límite de indemnización solicitado: \$ _____ Límite único combinado.

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> R.C. por Predios y Operaciones | <input type="checkbox"/> R.C. Daños Morales | <input type="checkbox"/> R.C. Vehículos Alquilados y No Propios |
| <input type="checkbox"/> R.C. por Incendio y Explosión a propiedades:
<input type="checkbox"/> Vecinas <input type="checkbox"/> Alquiladas | <input type="checkbox"/> R.C. Contingente | <input type="checkbox"/> Botes de Motor
(no mayor de "20CV" ó 20' delargo) |
| <input type="checkbox"/> R.C. por Suministro de Alimentos y Bebidas | <input type="checkbox"/> R.C. Elevadores | <input type="checkbox"/> R.C. Vallas y Letreros |
| <input type="checkbox"/> R.C. por Productos y Trabajos Terminados | <input type="checkbox"/> R.C. Antenas y Parábolas | <input type="checkbox"/> R.C. Guardianes Empleados |
| <input type="checkbox"/> R.C. Asumida por Contrato | <input type="checkbox"/> Piscinas | <input type="checkbox"/> Areas Deportivas |
| <input type="checkbox"/> R.C. Derrame de Líquidos | <input type="checkbox"/> Perros y Caballos | <input type="checkbox"/> R.C. Contratistas Independientes |
| | <input type="checkbox"/> R.C. Cruzada | <input type="checkbox"/> R.C. equipos móviles dentro de predios |
| | <input type="checkbox"/> R.C. por Explosión de Calderas y/o Recipientes bajo Presión | |

Coberturas con sublímites:

	Por persona/ caja/ vehículo	Por evento		Por persona/ caja/ vehículo	Por evento
<input type="checkbox"/> R.C. Lavandería	_____	_____	<input type="checkbox"/> Incendio y explosión	_____	_____
<input type="checkbox"/> R.C. Gastos Médicos en los Predios	_____	_____	<input type="checkbox"/> Prueba, recogida y entrega	_____	_____
<input type="checkbox"/> R.C. Caja de Seguridad	_____	_____	<input type="checkbox"/> Robo	_____	_____
<input type="checkbox"/> R.C. Vehículos confiados al Asegurado	_____	_____	<input type="checkbox"/> Choque o vuelco	_____	_____

Antecedentes de la empresa

Tiene Seguro de R.C. vigente, o ha tenido alguna vez? Sí No
 ¿Alguna compañía le ha negado o cancelado un seguro de R.C.? Sí No

Pagos realizados por reclamos de Responsabilidad Civil, hayan estado asegurados o no.

En caso afirmativo, indique:

Nombre de empresa _____

Razón por la cual le fue negado el seguro: _____

Tipo de Siniestro	Causa	Fecha	Monto pagado \$

Forma de pago de prima

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

Efectivo a la 2da. cuota. Renovación automática

25 % prima más 1 cuota 2 cuotas 3 cuotas 4 cuotas

Nombre del Banco _____

Corriente
 Ahorro

Número de Cuenta

Número de Tarjeta

Fecha de Vencimiento

Certifico que las declaraciones e informaciones antes expuestas son correctas y completas; que esta solicitud será la base del contrato y que el Seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea expresamente aceptado por escrito por la Compañía.

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/o 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 expresamente 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 causa habitantes a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del artículo 1120 del código Civil.

FECHA _____
 Mes Día Año

SOLICITANTE _____
 Firma

INTERMEDIARIO _____ CÓDIGO _____

(*) La Renovación de esta modalidad de pago es automática, si desea suspender la modalidad de pago automático, debe solicitarlo con antelación mínima de 15 días, en cualquiera de las sucursales de Seguros Universal.