

Tipo de novedad

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Emisión / Suscripción | <input type="checkbox"/> Inclusión Asegurado | <input type="checkbox"/> Exclusión Asegurado | <input type="checkbox"/> Duplicado de Carné |
| <input type="checkbox"/> Cambio Plan / Parentesco | <input type="checkbox"/> Inclusión Dependiente | <input type="checkbox"/> Exclusión Dependiente | <input type="checkbox"/> Transferencia |

Datos generales

Nombre Contratante: _____

Número de Póliza: _____

Producto: SilverMed GoldMed ¿En caso de GoldMed, desea cobertura ambulatoria local? Si No

Cédula _____ - _____ RNC _____

Nombre del titular/ dependiente	Cantidad de dependientes	Número de póliza a transferir	Nuevo plan	Parentesco

Datos del solicitante

Apellidos _____ Vivienda: Propia Alquilada Dependiente

Nombres _____ Nivel académico/profesión _____

Sexo Masculino Femenino Lugar de nacimiento _____ Estatura: _____ Pies _____ Pulgs. Peso: _____ Lbs.

Fecha de nacimiento _____ Edad: _____ Años Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Cédula o Pasaporte _____ Vehículo Sí No Modelo _____

Dirección _____ Calle y número _____ Marca _____

_____ Sector/ciudad _____ Escala Salarial + 70,000 - 70,000 + 50,000 - 50,000 + 30,000

_____ Teléfono _____ - 30,000 + 20,000 - 20,000

Oficina _____ **Contrante o dueño de la póliza:** El asegurado Empresa Otro

Celular _____ Si es otro, indique: _____

Correo electrónico: _____ Nombres _____

Empresa donde labora: _____ Apellidos _____

Actividad del negocio: _____ Cédula _____ - _____ RNC _____

Dirección _____ Calle y número _____ Dirección Comercial _____ Calle y número _____

_____ Sector/ciudad _____ Dirección Res. _____ Calle y número _____

_____ Teléfono _____ RNC _____ Dirección Res. _____ Calle y número _____

Labor que realiza: _____ Sector/ciudad _____

Tiempo realizando esta actividad: _____ Teléfono _____ Oficina _____

_____ Celular _____

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

Datos de los dependientes

No. Solic.	1er. Nombre	2do. Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido	Cédula	Fecha de nacimiento			Sexo F / M	Estatura Pies/pulgadas	Peso libras	Parentesco
						Día	Mes	Año				
1												Espos(a)
2												Hijo(a)
3												Hijo(a)
4												Hijo(a)
5												Hijo(a)

Historia familiar

¿Fuma? Sí No Si es afirmativo, indique:

Tipo: _____

Frecuencia: _____ Cantidad: _____

No. del solicitante: _____

No. de años fumando: _____

¿Bebidas alcohólicas? Sí No Si es afirmativo, indique:

No. del solicitante: _____

Frecuencia: _____ Cantidad: _____

Quién de los solicitantes: _____

Parentesco	Edad	Estado de salud	Causa
Padre			
Madre			
Hermanos: 1			
2			
3			
4			
5			

Seguros Universal, S. A. (en adelante "La Compañía") se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción. La cobertura entra en vigor el día primero del mes siguiente a la fecha de aprobación de la solicitud por La Compañía.

Declaro que, a mi leal saber y entender, las informaciones dadas en este formulario son veraces y completas, y entiendo que dicho formulario formará parte integrante de cualquier contrato de seguro que se emita como consecuencia de esta solicitud y estoy conciente de que la declaración falsa u omisión de información solicitada puede dar derecho a La Compañía a rechazar cualquier reclamación.

Autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica, agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente de proveer a La Compañía cualquier información incluyendo copias de registros respecto a cuidado o tratamiento proporcionado a mi y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

Autorizo expresa e irrevocablemente a SEGUROS UNIVERSAL, S. A. a consultar en los centros de información crediticia nuestra información con el fin de conocer mi historial de crédito de acuerdo en lo establecido en la ley 288-05 y/o suministrar a centros de información crediticia la información patrimonial y extramatrimonial necesaria a los fines de evaluación de crédito por parte de otras instituciones suscriptores de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de SEGUROS UNIVERSAL, S. 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 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, acciones y demás causahabientes a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del artículo 1120 del código Civil.

FECHA

Día	Mes	Año							

SOLICITANTE _____

CONTRATANTE _____

INTERMEDIARIO _____

CÓDIGO

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

GERENTE DE NEGOCIOS _____

GERENTE DEPTO. SALUD INTERNACIONAL _____

Fecha de aceptación

Día	Mes	Año							

Solo debe ser llenado por la compañía

Dictamen: Aprobado Declinado Postergado

Exclusiones: _____

Observaciones: _____

Fecha:

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

FIRMA _____