

Datos del Solicitante

Apellidos	Nombres
Cédula _____ - _____ - _____ Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Fecha de nacimiento: _____ Edad _____ Años	
Lugar de nacimiento: _____ Fuma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Estado civil: Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>	
Dirección: _____	
Teléfono Res. _____ Celular _____ Oficina _____	
Correo electrónico: _____	
Empresa donde labora: _____ Actividad del negocio: _____	
Dirección	Teléfono
Fax	
Carga u ocupación _____ Nivel académico/profesión _____	
Labor que realiza _____ Tiempo realizando esta actividad _____ Años	
Ingreso anual: De su ocupación _____ De otras fuentes _____ RD\$ <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/>	
Dueño del Contrato <input type="checkbox"/> Afiliado <input type="checkbox"/> Empresa <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Si es Otro, indique: _____	
Apellidos	Nombres
Cédula _____ - _____ - _____ RNC _____ Dirección _____	
Teléfono Res. _____ Celular _____ Oficina _____	
Correo electrónico: _____ Relación con el Afiliado _____	
Donde desea le sean remitidos los documentos: Dirección contratante <input type="checkbox"/> Dirección residencial <input type="checkbox"/> Dirección laboral <input type="checkbox"/>	

Beneficiarios

Son designados como beneficiarios a título gratuito las siguientes personas:

Nombres y apellidos:	Parentesco	Porcentaje %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %

Fideicomisario de los menores

Nombres y apellidos:	Cédula	Parentesco
_____	_____ - _____ - _____	_____
_____	_____ - _____ - _____	_____
_____	_____ - _____ - _____	_____
_____	_____ - _____ - _____	_____

Coberturas contratadas: Seleccione una opción

Plazo de pago de la renta:	5 Años <input type="checkbox"/>	10 Años <input type="checkbox"/>	15 Años <input type="checkbox"/>
Suma asegurada anual *	60,000 <input type="checkbox"/>	120,000 <input type="checkbox"/>	180,000 <input type="checkbox"/>
Frecuencia de Pago de la Renta:	Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/>
Moneda _____	RD\$ Pesos Dominicanos		

La edad mínima de ingreso a este seguro es 18 años y la máxima 60 años y podrá estar asegurado hasta la edad de 70 años. Es motivo de rescisión automática de la protección de seguro, que la edad del asegurado esté fuera de este rango, limitándose la obligación de la Compañía al reembolso de la prima cobrada.

*A partir de la fecha de fallecimiento del asegurado, la suma asegurada contratada tendrá un incremento de un 10% anual.

Pago de prima

Valor Inicial de Prima: RD\$ _____	Frecuencia de Pago: Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>	Trimestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>
Forma de pago: <input type="checkbox"/> Efectivo	<input type="checkbox"/> Pago Automático			
Para Pago Automático, Autorizo a la Institución Bancaria indicada a descontar durante la vigencia de este seguro el valor de las primas correspondiente a la opción seleccionada por mí:				
Institución Bancaria _____				
<input type="checkbox"/> Cuenta Corriente No. _____				
<input type="checkbox"/> Cuenta Ahorro No. _____	Fecha de vencimiento _____			
<input type="checkbox"/> Tarjeta Crédito No. _____	Visa <input type="checkbox"/> Mastercards <input type="checkbox"/>			

Los cargos deben ser realizados de acuerdo a la frecuencia de pago pactada en el Contrato.

La renovación de esta modalidad de pago es automática, si desea suspenderla debe solicitarlo con antelación mínima de 15 días laborables.

Antecedentes médicos del solicitante

Estatura _____ pies pulgadas _____ Peso _____ libras

Ha sufrido o sufre de:

1. Cáncer, leucemia, tumores malignos o diabetes. Si No
2. Alteración en los riñones, vejiga, hígado, páncreas, estómago ó pulmones. Si No
3. Enfermedades mentales o nerviosas. Si No
4. Patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial. Si No
5. Ha estado hospitalizado durante los últimos 5 años. Si No
6. Otras enfermedades graves. Si No

Si usted ha indicado "Sí" en alguno de las preguntas anteriores, favor completar las siguientes informaciones:

Punto No.	Diagnóstico y tratamiento	Fecha	Nombre y dirección del médico tratante

Instrucciones especiales del contratante

Endosos por la compañía

Declaraciones del solicitante (Leer antes de firmar)

Certifico y hago constar que todas las declaraciones e informaciones antes expuestas son verídicas y completas, efectuadas por mí a fin de obtener una póliza de seguro. Acepto que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por La Compañía y que el mismo se expide en consideración a la veracidad de estas declaraciones, por lo cual las declaraciones erróneas o la ocultación de la información solicitada le da el derecho a Seguros Universal, C. por A. a rechazar cualquier reclamación por tales causas. Convengo que esta solicitud será la base del contrato que se emita.

Acepto que la mora en el pago de la prima de la póliza producirá la terminación del contrato y dará derecho a La compañía a exigir el pago de los gastos causados en ocasión de la expedición del mismo. Se entenderá que existe mora cuando transcurridos los 31 días de finalizado cada período de acuerdo a la frecuencia de pago contratada, no hubiese sido pagada la prima de seguro correspondiente al siguiente período.

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 Solicitud

Contratante

Asegurado

Datos de negocio

Intermediario

Código

Supervisor

Código

Gerente de Negocio

Especificaciones

Cobertura	Tarifación
Vida	
ITP	

Evaluador

Fecha

Gerente de Negocio

Fecha