

Datos del contrato

 Tipo Contratante: Institución Docente Persona Física
Para institución docente, indique:

 Nombre _____ RNC _____
 Dirección _____
 Actividad del Negocio _____
 Teléfono _____ Celular _____ Correo Electrónico _____
 Persona de contacto _____
 Cargo que ocupa _____

Para persona física, indique:

 Apellidos _____ Nombres _____
 Cédula _____ - _____ - _____ Sexo M F Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Unión libre
 Dirección _____
 Teléfono Res. _____ Celular _____ Oficina _____
 Correo Electrónico _____
 Lugar de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento _____
 Cargo u Ocupación _____ Nivel Académico/Profesión _____
 Labor que realiza _____ Tiempo realizando esta actividad _____ años
 Vehículo Si No ¿Menor de 3 años? _____ Marca _____ Modelo _____
 Vivienda Propia Alquilada Dependiente Valor _____
 Escala Salarial + RD\$70,001.00 -RD\$70,000.00 y +RD\$50,001.00 - RD\$50,000.00 y +RD\$30,001.00 - RD\$30,000.00 y +RD\$20,001.00 - RD\$20,000.00

 Donde desea le sean remitidos los documentos: Dirección Contratante Dirección Intermediario
Antecedentes de seguro

 Existe en vigor algún seguro similar al que nos está solicitando? Si No

 Ha existido tal contrato anteriormente? Si No

En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía aseguradora: _____

Fecha de vencimiento del contrato _____

Personas elegibles

Son elegibles para incluirse en este seguro todos los alumnos activos matriculados y el personal docente o de apoyo del centro docente, cuya edad se encuentre entre la mínima y la máxima edad de aceptación indicada en las Condiciones Particulares de la póliza, y que cumplan con los requisitos establecidos en la misma.

Especificaciones del seguro solicitado
Cantidad personas a asegurar

| | | | |
|------------------------|----------------------------------------|-------------------|-------|
| Fecha vigencia inicial | Desde _____ | Alumnos | _____ |
| Periodo de cobertura | Desde _____ | Personal docente | _____ |
| Periodo de cobertura | Hasta _____ | Personal de apoyo | _____ |
| Forma pago prima | Pago único por el periodo de cobertura | Total | _____ |
| Moneda | RD\$ Pesos Dominicanos | | |

Cobertura de seguro
Suma Asegurada

| Descripción: | Alumnos | Docentes | Apoyo |
|-------------------|---------|----------|-------|
| Muerte accidental | | | |
| Pérdida orgánica | | | |
| Gastos médicos | | | |

Beneficiarios

En el caso de que el asegurado sea un alumno, queda establecido que sus beneficiarios serán sus Padres o Tutores a menos que se establezca por escrito de una manera diferente.

La edad mínima de ingreso a este seguro es 0 años para colegio y escuelas, 16 años para universidad. La edad máxima es 64 años y podrá estar asegurado hasta la edad de 65 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 neta cobrada.

Instrucciones especiales del contratante**Endosos por la compañía****Declaraciones del contratante (Leer antes de firmar)**

Certifico y hago constar que todas las declaraciones e informaciones antes expuestas son verídicas y completas, efectuadas a fin de obtener una póliza de seguro. Acepto que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por escrito 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, S. 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 automática 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 periodo de acuerdo a la frecuencia de pago contratada, no hubiese sido pagada la prima de seguro correspondiente al siguiente periodo.

Autorizo expresa e irrevocablemente a SEGUROS UNIVERSAL, S. A., a suministrar a centro de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial 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, accionistas y demás causahabientes a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del artículo 1120 del Código Civil.

_____ Fecha Solicitud

_____ Firma y Sello del Contratante

Datos de negocio

_____ Intermediario _____ Código _____ Supervisor _____ Código _____ Gerente de Negocio

_____ Oficina Suscriptora

Departamento administrativo

| Detalles: | Tarificación Cobertura | Suma Asegurada | |
|-------------------|------------------------|----------------|--------|
| | | Mínima | Máxima |
| Muerte accidental | | | |
| Pérdida orgánica | | | |
| Gastos médicos | | | |

Tipo tarifa
 _____ Todos a suma fija
 _____ Por nivel

_____ Fecha de Aceptación _____ Evaluador Seguros Universal

Observaciones**Informe del Intermediario**

- ¿Están activos regularmente todos los alumnos, personal docente y de apoyo que han solicitado el seguro? Si No
- ¿Se ha solicitado el seguro para todos los alumnos activos matriculados en el centro docente? Si No
- ¿Se ha solicitado el seguro para todo el personal docente y de apoyo del centro docente? Si No
- ¿Se ha realizado algún pago de prima con esta solicitud? Si No

Si es afirmativo, indique el monto RD\$ _____

Ejecutivo principal del centro docente _____

Cargo que ocupa _____