

**Datos del Solicitante**

RNC: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

Cédula: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Persona Física: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Cargo u Ocupación: \_\_\_\_\_ Nivel Académico/Profesión: \_\_\_\_\_

Vehículo:  Sí  No Marca: \_\_\_\_\_ Modelo: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Dirección de Cobro: \_\_\_\_\_ Calle y número: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Apartamento y Edificio: \_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Vivienda:  Propia  Alquilada

Dirección Domicilio (si la dirección es distinta a la de cobro): \_\_\_\_\_ Calle y número: \_\_\_\_\_ Apartamento y Edificio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sector: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Teléfono Res. \_\_\_\_\_ Oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

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

**Datos de la Póliza Solicitada**

Ubicación del Riesgo 1. \_\_\_\_\_ Calle/número: \_\_\_\_\_ Sector/Ciudad: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Actividad del Negocio: \_\_\_\_\_

Vigencia del seguro: desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_ Moneda de la póliza:  RD\$  US\$

**Informaciones Generales**

El equipo fue instalado según datos del fabricante? Si  No  En caso negativo indique las razones: \_\_\_\_\_

**Detección o extinción de incendio:** Si  No

Detectores de humo

Guardias de seguridad fuera de horas de trabajo

Sistema de Extinción, Rociadores (sprinklers), CO<sub>2</sub>, Halón, etc.

**La construcción del edificio es:**

No combustible (ej. hormigón, ladrillo, etc.)

De material combustible y no combustible (ej. hormigón y madera)

Combustible (ej. madera, plástico)

**Relación de Equipos a Asegurar**

Descripción del Equipo	Marca	Modelo	Serie	Año de Fabricación	Contrato de Mantenimiento		Valor de Reposición \$
					Sí	No	

## Coberturas e información Adicional

	Sí	No	Límites\$
1. Hurto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Terremoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Ciclón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Flete expreso, horas extras de trabajo, trabajo nocturno y/o en días festivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Flete aéreo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Valor Nuevo de Reposición en Pérdidas Totales (solo equipos hasta 2 años de edad)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Otros _____			

¿Desea endosar su póliza a alguna institución? Sí  No  Monto de la cesión: \_\_\_\_\_ Sucursal : \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indique: Nombre de la institución \_\_\_\_\_

## Antecedentes de la Empresa

Tiene vigente o ha tenido alguna vez asegurado el equipo?  Sí  No

Alguna compañía le ha negado o cancelado un seguro de esta naturaleza?  Sí  No

En caso afirmativo, indique: Nombre de empresa \_\_\_\_\_

Historial de pérdida los últimos 5 años:

Tipo de Siniestro	Causa	Fecha	Monto pagado RD\$

## Forma de pago de prima

Efectivo

Pago Automático (\*)

Efectivo a la 2da cuota  
Renovación automática

Si es Pago Automático, Favor Autorizar:  Cargar a Cuenta  Cargar a Tarjeta

Nombre del Banco \_\_\_\_\_

25 % prima más

1 cuota  2 cuotas

3 cuotas  4 cuotas

\_\_\_\_\_  
Número de Cuenta

Tipo Cuenta:  Ahorro  
 Corriente

\_\_\_\_\_  
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 aceptado 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 suscriptores 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 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 \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

SOLICITANTE \_\_\_\_\_

INTERMEDIARIO \_\_\_\_\_

CÓDIGO \_\_\_\_\_