

**Datos del Solicitante**

Persona Física | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Apellidos Nombres

Empresa | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Dirección | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Calle y número Apartamento y Edificio

| \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Sector Ciudad

Teléfono Res | \_\_\_\_\_ | Oficina | \_\_\_\_\_ | Fax | \_\_\_\_\_

Celular | \_\_\_\_\_ | Dirección Correo Electrónico | \_\_\_\_\_

Cédula | \_\_\_\_\_ | Cargo u ocupación | \_\_\_\_\_

Nivel académico/profesión | \_\_\_\_\_ | Vehículo:  Sí  No Marca | \_\_\_\_\_

Modelo | \_\_\_\_\_ | Año | \_\_\_\_\_

Escala Salarial  + 70,000.00  - 70,000 + 50,000  - 50,000 + 30,000  - 30,000 + 20,000  - 20,000

Ubicación del Riesgo 1 | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Calle/número Sector/Ciudad

2 | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Distancia de 500 Mts. al mar: (1)  Mayor  Menor (2)  Mayor  Menor

Vigencia del seguro: desde | \_\_\_\_\_ | hasta | \_\_\_\_\_

**Datos de la Propiedad a Asegurar**

	(1) Suma Asegurada	RD\$ <input type="checkbox"/>	US\$ <input type="checkbox"/>	(2) Suma Asegurada	RD\$ <input type="checkbox"/>	US\$ <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 01 Edificio	_____			_____		
<input type="checkbox"/> 02 Mobiliario, equipos e instalaciones	_____			_____		
<input type="checkbox"/> 03 Planta Eléctrica	_____			_____		
	Total \$:	_____		Total \$:	_____	

**Descripción de la Edificación**

Paredes y Techos de Concretos

**Medidas de Prevención de Incendio y Robo**

(1)  Mangueras  Extintores  Sistema de Alarma de Incendio  Rejas de Hierro  Vigilante  Sistema de Alarma de Robo

(2)  Mangueras  Extintores  Sistema de Alarma de Incendio  Rejas de Hierro  Vigilante  Sistema de Alarma de Robo

Otros \_\_\_\_\_

**Riesgos a Cubrir \*\***
**Incendio y Aliados:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. Incendio y/o Rayo                          | <input checked="" type="checkbox"/> 5. Explosión                         | <input checked="" type="checkbox"/> 10. Colapso y/o Daños a la Estructura           |
| <input checked="" type="checkbox"/> 2. Terremoto y/o Temblor de Tierra            | <input checked="" type="checkbox"/> 6. Motín, Huelgas y Daños Maliciosos | <input checked="" type="checkbox"/> 11. Remoción de Escombros 10% Total S/A         |
| <input checked="" type="checkbox"/> 3. Ciclón, Huracán, Tornado y Manga de Viento | <input checked="" type="checkbox"/> 7. Daños por Naves Aéreas            | <input checked="" type="checkbox"/> 12. Robo con Escalamiento y/o Violencia al 100% |
| <input checked="" type="checkbox"/> 4. Daños por Agua a Consecuencia de Ciclón    | <input checked="" type="checkbox"/> 8. Daños por Humo                    | <input checked="" type="checkbox"/> 13. Daños por Agua Accidental al 15%            |
| <input checked="" type="checkbox"/> 9. Inundación                                 |  |   |
- Equipos Electrónicos 10% de la Suma Asegurada del Contenido (si aplica).
- Responsabilidad Civil (1)  RD\$500,000  US\$15,000 RC Exceso \_\_\_\_\_
- (2)  RD\$500,000  US\$15,000 RC Exceso \_\_\_\_\_

\*\*Algunos deducibles aplican, Según se define en la póliza

## Colindancias

Norte \_\_\_\_\_  
Sur \_\_\_\_\_

Este \_\_\_\_\_  
Oeste \_\_\_\_\_

## Datos Adicionales

¿Alguna compañía le ha negado o cancelado un seguro de esta naturaleza?

Sí  No  En caso afirmativo, indique: Nombre de empresa \_\_\_\_\_

Desea endosar su póliza a alguna institución? Sí  No

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

Sucursal \_\_\_\_\_ Monto de la Cesión \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

## Últimos Gastos Plus - Datos de Asegurados

Nombres y Apellidos	Cédula de Identidad	Fecha de Nacimiento	Sexo	Parentesco

## Antecedentes de los solicitantes:

¿Algún solicitante sufre o ha sufrido de?:

1. Cáncer, leucemia, tumores malignos o diabetes.

Sí  No

4. Patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial.

2. Alteración en los riñones, vejiga, hígado, páncreas, estómago, pulmones.

5. Ha estado hospitalizado durante los últimos 5 años.

3. Enfermedades mentales o nerviosas.

6. Otras enfermedades graves.

Especifique: \_\_\_\_\_

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

No. de Antecedentes	Nombre del Solicitante	Diagnóstico y Tratamiento	Fecha	Nombre y Dirección del médico y/o Hospital

## Forma de Pago de Prima

Efectivo  Pago Automático (\*)

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

25% pago inicial a la firma y entrega de esta solicitud.

La diferencia (total prima menos 25 % inicial) en:

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

1 cuota  2 cuotas

Tipo de cuenta  Corriente  Ahorro

3 cuotas  4 cuotas

Cuotas de RD\$ \_\_\_\_\_

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 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 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 de vigencia 

Día	Mes	Año							

Solicitante \_\_\_\_\_

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