SEGUROS UNIVERSAL®

Garanti Villa

Solicitud Seguro Garantivilla

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 ☐ - 70,000 + 50,000 ☐ - 50,000 + 30,000 ☐ - 30,000 + 20,000 ☐ - 20,000

Ubicación del Riesgo _____ (Calle/número) _____ (Sector/Ciudad)

Distancia al mar: _____ (No aplica para propiedad a menos de 500Mts. del mar)

Vigencia del seguro: desde _____ hasta _____

Datos de la Propiedad a Asegurar

Suma Asegurada RD$ ☐ US$ ☐

☐ 01 Edificio _____

☐ 02 Mobiliario, equipos e instalaciones _____

Total $: _____

Descripción de la Edificación

☐ Paredes y Techos de Concretos.

☐ Paredes de Concreto, techo en material incombustible sobre armazón de madera.

☐ Paredes de Concreto, techo en material incombustible sobre armazón de metal.

Medidas de Prevención de Incendio y Robo

☐ Mangueras ☐ Extinguidores ☐ Sistema de Alarma de Incendio ☐ Rejas de Hierro ☐ Vigilante ☐ Sistema de Alarma de Robo

Otros _____

Riesgos a Cubrir **

Incedio y Aliados:

☑ 1. Incendio y/o Rayo

☑ 2. Terremoto y/o Temblor de Tierra

☑ 3. Ciclón, Huracán, Tornado y Manga de Viento

☑ 4. Daños por Agua a Consecuencia de Ciclón

☑ 5. Explosión

☑ 6. Motín, Huelgas y Daños Maliciosos

☑ 7. Daños por Naves Aéreas

☑ 8. Daños por Humo

☑ 9. Inundación y/o Ras de Mar

☑ 10. Robo con Escalamiento y/o Violencia al 100%

☑ 11. Daños por Agua Accidental al 15%

☑ **Equipos Electrónicos 10% de la Suma Asegurada del Contenido (si aplica).**

☑ **Responsabilidad Civil** ☐ RD$1,000,000 ☐ US$30,000 Opcional: ☐ RD$3,000,000 ☐ US$90,000 ☐ RD$5,000,000 ☐ US$147,000

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

SANTO DOMINGO: Av. Winston Churchill 1100. Tel. 809-544-7200. Fax: 809-544-7745 l:**CENTRO DE SERVICIOS:** C/ Fantino Falco Esq. Ave. Lope de Vega. Tel. 809-544-7111. 809-544-7161 l Sucursal **ZONA ORIENTAL:** Av. San Vicente de Paúl 120, Alma Rosa. Tel.809-592-5844, Fax: 809-597-3145 l Sucural **VILLA MELLA:** C/Hermanas Mirabal No.99, Plaza Nueva Isabela, Local 18. Tel. 809-569-7422 ,809-569-7599, Fax: 809-569-7715 l **SANTIAGO**: Av. Juan Pablo Duarte 106,3er.piso. Tel. 809-247-3922. Fax: 809-580-3290 l **PUERTO PLATA:** C/Beller 53, Edificio Puertoplateña II. 1er Piso Tel: 809-261-5646 l **SAN FCO DE MACORIS:** Calle el Carmen, esq. Castillo 2do.Piso. Tel: 809-588-3737. Fax: 809-588-3838 l **LA ROMANA:** C/Padre Abreu, Plaza Unicentro 1er Piso. Tel. 809-550-7600. Fax: 809-556-5884 l **BAVARO**: Carretera Bávaro - Barceló KM. 9 ½, Plaza Trans Servi-Go (AC DELCO). Tel: 809-831-0016. Fax: 809-831-0015 l **BANI:** C/ Presidente Billini 22, Plaza Villar, 2do Piso. Tel. 809-522-8288. Fax: 809-522-4877.

Colindancias

Norte _____ Este _____

Sur _____ 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 _____

Ultimos 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?:

	Sí	No		Sí	No
1. Cáncer, leucemia, tumores malignos o diabetes.	☐	☐	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:

☐ 1 cuota ☐ 2 cuotas

☐ 3 cuotas ☐ 4 cuotas Cuotas de RD$_____

Nombre del Banco _____

☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ ☐ Tipo de cuenta ☐ Corriente ☐ Ahorro

Número de Cuenta

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

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 causahabitantes 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