

Datos del Solicitante

RNC _____ - _____ Empresa _____

Persona Física _____ Apellidos _____ Nombres _____

Cédula _____ - _____ Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento/Const. _____

Cargo u Ocupación _____ Nivel Académico/Profesión _____

Vehículo Sí No Marca _____ Modelo _____

Dirección de Cobro _____ Calle y número _____ Apartamento y Edificio _____
Sector _____ Ciudad _____

Dirección Domicilio (si la dirección es distinta a la de cobro) _____ Calle y número _____ Apartamento y Edificio _____
Sector _____ Ciudad _____

Vivienda: Propia Alquilada Vigencia del seguro: desde _____ hasta _____ Moneda de la póliza RD\$ US\$

Teléfono Res. _____ Oficina _____ Fax _____

Celular _____ Dirección de Correo Electrónico _____

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

Actividad del Negocio _____

Datos de la póliza
Suma Asegurada:

Formato: Americano Coaseguro de ____ %. Inglés. Período de Indemnización de ____ meses No. de Poliza de incendio relacionada 01-_____

Datos de la Empresa

Beneficio neto (conforme al Estado de Ganancias y Pérdidas)	\$ _____	Dividendos Recibidos	\$ _____
Menos Derechos Recibidos	\$ _____	Rentas Recibidas	\$ _____
Beneficio bruto: Beneficios netos más gastos fijos	\$ _____		
Gastos fijos	\$ _____		\$ _____
Intereses	_____	Mantenimiento de edificio y planta	_____
Alquileres	_____	Sueldos (incluyendo seguro estatal)	_____
Cotribuciones locales	_____	Honorarios y otras remuneraciones a directores	_____
Impuestos	_____	Sueldos y comisiones de viajantes	_____
Cargos bancarios	_____	Gastos de oficina	_____
Derechos y licencias	_____	Pensiones	_____
Primas de seguros	_____	Donativos y suscripciones	_____
Propaganda	_____	Pagos equipo alquilado con opción de compra	_____
Impresos y papelería	_____	Reserva para cuentas incobrables	_____
Electricidad	_____	Depreciación edificio, planta, vehículo de motor	_____
Gas y agua	_____	Salario (incluyendo seguro estatal, pago de vacaciones y otros gastos similares)	_____
Gastos de auditoría	_____	*Gastos misceláneos	_____
Gastos de viajes	_____	<i>*Limitado al 5% de la suma total de los indicados más arriba.</i>	_____
Mantenimiento de vehículos	_____		

Forma de pago de prima

<input type="checkbox"/> Efectivo	<input type="checkbox"/> Pago Automático (*) Efectivo a la 2da. cuota. Renovación automática	Si es Pago Automático, Favor Autorizar: <input type="checkbox"/> Cargar a Cuenta <input type="checkbox"/> Cargar a Tarjeta
<input type="checkbox"/> 25 % prima más	<input type="checkbox"/> 1 cuota <input type="checkbox"/> 2 cuotas <input type="checkbox"/> 3 cuotas <input type="checkbox"/> 4 cuotas	Nombre del Banco _____
		<input type="checkbox"/> Corriente <input type="checkbox"/> Ahorro
		Tipo de cuenta:
		<input type="checkbox"/> Número de Cuenta
		<input type="checkbox"/> Número de Tarjeta
		<input type="checkbox"/> 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 expresamente aceptado por escrito 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 causa habitantes a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del artículo 1120 del código Civil.

FECHA

Mes	Día	Año							

SOLICITANTE _____
Firma

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.