

Datos del Deudor

Apellidos _____

Nombres _____

Dirección _____
Calle y número

_____ Sector/Ciudad

Teléfono: Res. _____ Oficina: _____

Fecha de Nacimiento/Const. _____ Sexo: M F
Día Mes Año

Cédula _____ RNC _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Ocupación _____

Datos del Préstamo

Préstamo No. _____

Monto RD\$ _____

Duración _____ meses

Institución acreedora: _____

Sucursal donde se efectuó el préstamo _____

Teléfono _____ Fax _____

Prima a pagar RD\$ _____

Datos personales del codeudor

Apellidos _____

Dirección _____
Calle y número

Teléfono: Res. _____ Oficina: _____

Cédula _____ RNC _____

Ocupación _____

Nombres _____

_____ Sector/Ciudad

Fecha de Nacimiento/Const. _____ Sexo: M F
Día Mes Año

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Antecedentes de los Solicitantes y codeudor
¿Ha padecido cualquiera de las siguientes enfermedades:

	DEUDOR		CODEUDOR	
	SI	NO	SI	NO
1. Cáncer o tumores malignos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cálculos o alteración en los riñones o en la vejiga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Alteración en la tiroides.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Epilepsia, enfermedades mentales o nerviosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Alteración de la vesícula, del estómago o los intestinos, páncreas, úlceras, hígado o diabetes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Úlceras, Hemorroides.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tuberculosis, asma o bronquitis u otra alteración de los pulmones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Patología cardíacas, alteraciones de la presión arterial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Síndrome Inmunológico de Deficiencia Adquirida (SIDA) u otro trastorno del sistema inmunológico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Enfermedades de la sangre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ha estado hospitalizado durante los últimos 5 años.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Otra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Punto No.	Deudor	Codeudor	Diagnóstico y Tratamiento	Fecha	Nombre y Dirección del Médico y/o del Hospital

Condiciones Generales

Este es un plan de protección mediante el cual su deuda contraída con el banco queda saldada en caso de su fallecimiento y está diseñado pensando en la seguridad de su familia, ya que la libera de la carga financiera. Este plan excluye a menores de 18 años, mayores de 65 años y deudores que no sean personas físicas.

En cualquier momento durante la vigencia del seguro la suma asegurada será igual al monto de la deuda. Sin embargo, en ningún caso esta suma podrá exceder el límite establecido en la póliza.

Este seguro terminará automáticamente por: a) El vencimiento de la póliza, b) Falta de pago de la prima del Deudor, c) El descargo de la deuda por haberse pagado totalmente, ya sea por renovación o refinanciamiento, y d) Cumplir el deudor 70 años de edad. En ningún caso este plan cubrirá a deudores cuya edad más el plazo del préstamo sea mayor de 70 años, tampoco cubre suicidio, ni fallecimiento del Deudor a consecuencia de realizar un acto contrario a la ley.

Declaro que, a mi leal saber y entender, las informaciones dadas en este formulario son veraces y completas, y entiendo que dicho formulario formará parte integrante de cualquier contrato de seguro que se emita como consecuencia de esta solicitud y estoy conciente de que la declaración falsa u omisión de información solicitada puede dar derecho a la Compañía a rechazar cualquier reclamación.

Autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica, agencia gubernamental u otra persona relacionada médicamente, de proveer a la Compañía cualquier información, incluyendo copias de registros respecto a cuidados o tratamientos proporcionados a mi y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

Yo, como solicitante de este seguro pido que los derechos del mismo sean cedidos a favor del prestatario como garantía colateral por deuda contraída con esa institución, por lo cual pido que sea el único beneficiario en caso de fallecimiento.

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 reponsabilidad 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.

Solicitante deudor

Fecha | | | | | | | | | |
| Mes | Día | Año

Codeudor

Fecha | | | | | | | | | |
| Mes | Día | Año

Gerente Sucursal

Fecha | | | | | | | | | |
| Mes | Día | Año

Compañía Aseguradora

Fecha | | | | | | | | | |
| Mes | Día | Año