

Datos del Solicitante

RNC: _____ Empresa: _____

Cédula: _____ - _____ - _____ Persona Física
Apellidos Nombres

Nivel Académico/Profesión: _____ Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento/Const.: _____

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

Teléfono Res.: _____ Oficina: _____ Fax: _____

Celular: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

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

Vehículo Sí No Marca: _____ Modelo: _____
Calle/número Sector/Ciudad

Ubicación del Riesgo 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

Actividad del Negocio: _____ Cantidad de Empleados: _____

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

Tipo de Seguro y Límites Solicitados (Responda solamente según cobertura solicitada) (Especificar sólo para Fidelidad 3D)

Formato Ingles	Límite (\$)	Formato Americano	Límite (\$)
<input type="checkbox"/> Fidelidad de empleados	_____	<input type="checkbox"/> Fidelidad de empleados	_____
<input type="checkbox"/> Robo y asalto dentro del local	_____	<input type="checkbox"/> Robo y asalto dentro del local	_____
<input type="checkbox"/> Robo y asalto fuera del local	_____	<input type="checkbox"/> Robo y asalto fuera del local	_____
<input type="checkbox"/> Falsificación de giros postales y papel moneda	_____	<input type="checkbox"/> Falsificación de giros postales y papel moneda	_____
<input type="checkbox"/> Falsificación comercial	_____	<input type="checkbox"/> Falsificación de cheques recibidos	_____
<input type="checkbox"/> Cajas fuertes de depósitos	_____	<input type="checkbox"/> Falsificación de depósitos bancarios	_____

(Especificar solo para Robo y Asalto)

Dentro del local: **Límite (\$)** _____ Fuera del local: **Límite (\$)** _____

Datos de las Personas a Afianzar (Especificar solo para Fidelidad Simple)

	Nombre	Cédula	Cargo en la empresa	Límite a afianzar (\$)
1.	_____	_____ - _____ - _____	_____	_____
2.	_____	_____ - _____ - _____	_____	_____
3.	_____	_____ - _____ - _____	_____	_____
4.	_____	_____ - _____ - _____	_____	_____
5.	_____	_____ - _____ - _____	_____	_____
6.	_____	_____ - _____ - _____	_____	_____
7.	_____	_____ - _____ - _____	_____	_____
8.	_____	_____ - _____ - _____	_____	_____

Especificaciones sobre las Medidas de Seguridad

Se realizan las auditorías? Sí No

Frecuencia:

A las cuentas: Quincenal Mensual Trimestral

A las mercancías: Quincenal Mensual Trimestral

Quién las realiza?

Nombre empresa

Nombre persona física

Caja fuerte: Sí No En caso afirmativo, describa el tipo:

En caso negativo, la póliza excluye cobertura en horas no laborables.

Tiene en su empresa contabilidad organizada: Sí No

Tiene servicio de sereno? Sí No Diurno Nocturno

Transporte blindado de efectivo y valores? Sí No

En caso negativo, indique el medio utilizado: _____

Antecedentes de la Empresa

Tiene o ha tenido seguro similar al que ahora solicita? Sí No

Alguna compañía le ha negado o cancelado un seguro de este tipo?

Sí No

En caso afirmativo, indique:

Nombre de empresa _____

Razón por la cual le fue negado el seguro _____

Historial de pérdida los últimos 5 años:

Tipo de Siniestro	Causa	Fecha	Monto pagado RDS

Forma de pago de prima

Efectivo

Pago Automático (*)

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

Efectivo a la 2da. cuota.
Renovación automática

Nombre del Banco _____

25 % prima más

1 cuota 2 cuotas

Número de Cuenta

Número de Cuenta

Tipo Cuenta: Ahorro

Corriente

3 cuotas 4 cuotas

Número de Tarjeta

Número de Tarjeta

Fecha de Vencimiento

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 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 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 _____