

Datos Personales del Solicitante

Persona Física | _____ | _____
Apellidos Nombres

Empresa | _____

Dirección de Cobro | _____ | _____
Calle y número Apartamento y Edificio

| _____ | _____
Sector Ciudad

Teléfono Res. | _____ | Oficina | _____ | Fax | _____

Celular | _____ | Dirección de Correo Electrónico | _____

Licencia | _____ - _____ | Cédula | _____ - _____ - _____ | Vivienda: Propia Alquilada

RNC | _____ | Sexo: Masculino Femenino | Fecha de Nacimiento/Const. | _____

Cargo u Ocupación | _____ | Nivel Académico/Profesión | _____

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

| _____ | _____
Sector Ciudad

Vigencia del seguro: desde | _____ | hasta | _____ | Moneda de la póliza RD\$ US\$

Matrícula a favor de | _____ | _____
Apellidos Nombres

Datos del Vehículo a Asegurar

Marca | _____ | Modelo | _____ | Año | _____

Registro No. | _____ | Chasis No. | _____

Tipo | _____ | Cilindros | _____ | Valor \$ | _____

Uso | _____ | Capacidad (Pasajeros /Tonelaje) | _____

Tipos de combustible que utiliza: Gasolina Gasoil Gas

Cesión de Derechos

¿Tiene Cesión de Derechos? Sí No En caso afirmativo, a favor de quién: _____

¿Tiene usted seguro vigente de automóvil o de otro tipo? Sí No En caso afirmativo, detalle por favor:

No. de Póliza _____ Compañía Aseguradora _____

No. de Póliza _____ Compañía Aseguradora _____

¿Es exonerado su vehículo? Sí No

Datos Adicionales

¿Desea declararse como uno de los conductores para optar por un descuento adicional? (*) Sí No
 En caso afirmativo, favor declarar otro conductor. En caso negativo, puede declarar dos conductores.

1. Nombre y Apellido | _____ | Cédula | _____ - _____ - _____
Nueva
 ocupación | _____ | Parentesco con el solicitante | _____

2. Nombre y Apellido | _____ | Cédula | _____ - _____ - _____
Nueva
 ocupación | _____ | Parentesco con el solicitante | _____

(*) Nota: Si usted completa estos datos y califica para el descuento, aceptará un deducible del 5% de la suma asegurada, con un mínimo de RD\$ 25,000, para reclamos por Colisión y Vuelco donde el conductor no sea uno de los declarados en la presente solicitud. Sólo son válidos dos conductores declarados por vehículo (el asegurado inclusive).

AUT-001B

Coberturas del Seguro

1.- Responsabilidad Civil (RD\$)	3.- Responsabilidad Pasajeros (RD\$)
Lesión Coporal o muerte de personas : Límites: Una persona _____ Más de una persona _____ Daños a propiedad ajena _____	Límites: Una persona _____ Más de una persona _____
2.- Daños Propios	4.- Otros Riesgos
Colisión y Vuelco _____ Deducible _____ Incendio y Robo _____ Daños Comprensivos _____ Vehículo rentado <input type="checkbox"/> Compacto <input type="checkbox"/> Luxury <input type="checkbox"/> 5 días <input type="checkbox"/> 10 días	Casa del Conductor _____ (Opcional para seguros de Daños a Terceros) Riesgos Conductor _____ Riesgo Peones _____ Fianza Judicial _____

Forma de pago de prima

Efectivo Pago Automático (*) Si es Pago Automático, Favor Autorizar: Cargar a Cuenta Cargar a Tarjeta

Nombre del Banco _____

25 % prima más 1 cuota 2 cuotas 3 cuotas 4 cuotas

Tipo de cuenta: Corriente Ahorro

Número de Cuenta:

Número de Tarjeta:

Fecha de Vencimiento:

Evaluación de acuerdo al Tasador

Motor _____ % Transmisión _____ % Fren o _____ %
 Tapicería _____ % Carrocería _____ % Gomas _____ %
 Valor Estimado RD\$ _____ Kilometraje _____ Marca _____
 Tipos de combustible que utiliza: Gasolina Gasoil Gas

Equipos y Accesorios

Acondicionador de aire _____ % \$ _____
 Equipo de Música _____ % \$ _____
 Sistema de Alarma _____ % \$ _____
 Comentarios _____

FECHA

Mes Día Año

Verificador _____

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.

Acuerdo con Seguros Universal que, de optar por el descuento de conductor, acepto un deducible del 5%, con un mínimo de RD\$ 25,000, para reclamos por Colisión y Vuelco donde el conductor no sea uno de los declarados en la presente solicitud.

Cualquier declaración falsa o inexacta en la presente solicitud, podrá resultar en el rechazo de la misma así como también la Compañía no será responsable de pago alguno al asegurado si posteriormente, cuando esté en efecto la póliza, se comprueba alguna anomalía, ocultamiento de datos o de falsa declaración en esta solicitud; lo cual se ajustará a las Condiciones Generales de la Póliza.

En caso de ser aceptada esta solicitud, convengo en que sea considerada como parte integrante del Contrato o Contratos de Seguros emitidos en la misma, así como de las renovaciones que los mismos hicieren, o de cualquier Póliza que sustituya a las que originalmente se expiden.

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 expresamente 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.

SOLICITANTE _____

FECHA

Mes Día Año

INTERMEDIARIO _____

CÓDIGO

SUSCRIPTOR _____

(*) 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