

## Solicitud Seguro de Vida GoldLife

**DATOS DEL SOLICITANTE**

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

 Cédula \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Sexo M  F  Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

 Estado civil: Soltero(a)  Casado(a)  Viudo(a)  Divorciado(a)  Unión libre 

Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle y número

Apartamento y Edificio

Sector

Ciudad

Teléfono res. \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Empresa donde labora \_\_\_\_\_

Actividad del negocio \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle y número

Apartamento y Edificio

Sector

Ciudad

RNC \_\_\_\_\_ Cargo u ocupación \_\_\_\_\_

Labor que realiza \_\_\_\_\_

Tiempo realizando esta actividad \_\_\_\_\_ años Nivel académico/profesión \_\_\_\_\_

 ¿Posee otra ocupación? Si  No  Detalle \_\_\_\_\_

 Ingreso anual: De su ocupación \_\_\_\_\_ De otras fuentes \_\_\_\_\_ RD\$  US\$ 

 Escala salarial  + RD\$70,001.00  -RD\$70,000.00 y +RD\$50,001.00  - RD\$50,000.00 y +RD\$30,001.00  - RD\$30,000.00 y +RD\$20,001.00  - RD\$20,000.00

 Vehículo propio:  Si  No Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

 Vivienda:  Propia  Alquilada  Dependiente Valor \_\_\_\_\_

**Datos de su cónyuge:**

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ años Cantidad de hijos \_\_\_\_\_

**Contratante o Dueño del Seguro:**  El solicitante  La empresa  Otro Si es otro, indique lo siguiente:

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Cédula \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ RNC \_\_\_\_\_

Dirección comercial \_\_\_\_\_

Calle y número

Apartamento y Edificio

Sector

Ciudad

Tel. Res.: \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Oficina \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado \_\_\_\_\_

**Dirección donde desea que le sean remitidos los documentos:**
 Asegurado  Contratante  Intermediario

 Dirección residencial  Dirección comercial

**DATOS DEL SEGURO SOLICITADO**

Tipo plan:	Forma:	Plazo del seguro	Plazo pago prima	Capital inicial	Moneda
<input type="checkbox"/> Universal	<input type="checkbox"/> Individual	_____ años	_____ años	_____	US\$ Dólares americanos
<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Múltiple				

Prima inicial planeada \_\_\_\_\_ Incremento \_\_\_\_\_ Frecuencia incremento \_\_\_\_\_ Plazo incremento \_\_\_\_\_ Años

**Opción de Suma Asegurada:** \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ Años

(A) Beneficio incluido

(B) Beneficio agregado

Frecuencia de pago de prima Anual  Semestral  Trimestral  Mensual

COBERTURAS SOLICITADAS	Suma inicial	Tasa crecimiento	Último Año
<input type="checkbox"/> Básica de vida		%	
<input type="checkbox"/> Muerte accidental y pérdida orgánica		%	
<input type="checkbox"/> Relevo prima de riesgo por invalidez*		%	
<input type="checkbox"/> Pago anticipado de capital por invalidez*		%	
<input type="checkbox"/> Anticipo por enfermedad		%	
<input type="checkbox"/> Renta mensual por invalidez*		%	
<input type="checkbox"/> Temporal adicional nivelado		%	
<input type="checkbox"/> Otra _____		%	

\*Coberturas excluyentes.

**BENEFICIARIOS PRIMARIOS**

	Nombres	Apellidos	Parentesco	Fecha nacimiento	Proporción
1					%
2					%
3					%
4					%

**BENEFICIARIOS SECUNDARIOS**

	Nombres	Apellidos	Parentesco	Fecha nacimiento	Proporción
1					%
2					%
3					%
4					%

En caso de no existir una proporción asignada, los beneficios se distribuirán en partes iguales entre los beneficiarios designados.

**ANTECEDENTES PARA SEGURO**

¿Posee algún seguro vigente o está solicitando Seguro de Vida, Accidentes Personales o Salud?  Si  No

Si es afirmativo, indique:

Compañía	Fecha Emisión	Suma Asegurada	Moneda		Posee beneficios de:
			RD\$	US\$	
					<input type="checkbox"/> Muerte accidental
					<input type="checkbox"/> Ingreso por incapacidad
					<input type="checkbox"/> Pago por enfermedad

Se le ha rechazado, diferido o modificado alguna solicitud de emisión, renovación y/o rehabilitación de un seguro de vida o salud?

Si  No Si es afirmativo, indique causas: \_\_\_\_\_

¿Ha sido beneficiario por indemnización, bajo una póliza de seguro?  Si  No

¿Por cuál de estos tipos?  Enfermedad  Accidente  Incapacidad

Si es afirmativo, indique causas: \_\_\_\_\_

**Practica o ha practicado alguna de las siguientes actividades:**

Paracaidismo, pesca submarina, carreras de velocidad o deportes de invierno  Si  No Conductor o pasajero de motocicleta  Si  No

Piloto, estudiante de piloto o tripulante de cualquier nave aérea  Si  No Cualquier otra actividad obviamente peligrosa  Si  No

En caso afirmativo, solicite y complete el formulario correspondiente





**ESPECIFICACIONES ADICIONALES**

La póliza de seguro será cedida:  Si  No En caso afirmativo conteste lo siguiente:

Institución \_\_\_\_\_ RNC \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle y número Apartamento y edificio

\_\_\_\_\_ Sector \_\_\_\_\_ Ciudad

Valor cedido \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ Sucursal \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES ESPECIALES DEL CONTRATANTE**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ENDOSOS POR LA COMPAÑÍA**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DECLARACIONES (Leer antes de firmar)**

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 que me hayan proporcionado, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

Hago constar que todas las declaraciones hechas aquí, son verídicas y fueron efectuadas por mí a fin de obtener una póliza de seguro. Convengo que: (1) La Compañía no quedará obligada por cualquier promesa o declaración hecha por o a un agente u otra persona, a menos que se haga por escrito y sea aprobada por La Compañía; (2) aceptación de algún Contrato que se emita a base de esta solicitud, constituirá una ratificación de cualesquiera de los cambios anotados por La Compañía en el espacio de "Endosos por La Compañía"; (3) si dentro de noventa días, a partir de la fecha de esta solicitud, no recibiere el contrato Póliza, o si no se me notifica de su aprobación o rechazo dentro de dicho período, esta solicitud se considerará como rechazada; (4) excepto que se disponga de otra manera en el recibo de pago, no habrá ningún Contrato o responsabilidad por parte de La Compañía, hasta que se me haya entregado el Contrato Póliza y se haya pagado la primera prima.

Autorizo expresa e irrevocablemente a SEGUROS UNIVERSAL, S. A. a suministrar a centros de información crediticia la información patrimonial y extramatrimonial necesaria 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, S. 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 causahabientes a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil.

Fecha \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

\_\_\_\_\_ Contratante

\_\_\_\_\_ Solicitante

**DATOS DE NEGOCIO**

\_\_\_\_\_ Intermediario \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Supervisor \_\_\_\_\_ Código

\_\_\_\_\_ Referidor \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Sucursal \_\_\_\_\_ Código

\_\_\_\_\_ Gerente de negocios

ESPECIFICACIONES	
Cobertura	Tarificación
Básica	

DEPARTAMENTO ADMINISTRATIVO			
_____ <small>Evaluador</small>	_____ <small>Fecha</small>	_____ <small>Gerente</small>	_____ <small>Fecha</small>