

SOLICITUD SEGURO DE EXEQUIAS

SEGUROS SURA, S.A. RNC 1-01-00834-2



DATOS DEL SOLICITANTE PERSONAL

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte		Nacionalidad	
Teléfono Residencial	Teléfono Oficina		Teléfono Celular
Correo Electrónico personal			
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento	Estado Civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Viudo	
Ocupación		Lugar donde labora	

DATOS DEL SOLICITANTE COMERCIAL

Nombre de la Empresa			RNC
Actividad del negocio			
Teléfono	Fax	Correo Electrónico	
Nombre del Representante			Cargo

DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE

<input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Autopista			
Número	Nombre del Edificio/Residencial		Apartamento
Piso	Bloque	Sector	
Municipio/Ciudad			Provincia

ESPECIFICACIONES DE SEGURO

<input type="checkbox"/> Plan Individual	<input type="checkbox"/> Plan Colectivo	Tipo de Plan <input type="checkbox"/> Plan A <input type="checkbox"/> Plan B <input type="checkbox"/> Plan C <input type="checkbox"/> Plan D			
Valor asegurado por persona RD\$			Prima total a pagar RD\$		

DATOS DE LOS ASEGURADOS

Nombres y Apellidos	Parentesco	Sexo		Fecha de nacimiento	Cédula
		F	M		
	Titular				

BENEFICIARIO EN CASO DE MUERTE DEL TITULAR

Primer Nombre		Segundo Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte		Parentesco	

Declaro y reconozco: Que los asegurados arriba citados actualmente gozan de buena salud y no sufren, ni han sufrido trastornos cardiovasculares, trastornos renales, tensión arterial alta o baja, derrame cerebral, cáncer, tumores, diabetes, epilepsia, asma, trastornos inmunológicos o padecimientos relacionados con el SIDA. En caso de fallecimiento de cualquiera de los asegurados, esta solicitud está sujeta a las condiciones generales del contrato. Que los beneficios de la póliza comenzarán a regir cuando Seguros Sura, S. A. haya aceptado el riesgo y el pago de la prima correspondiente. En caso de no ser utilizados los servicios provistos en la póliza, la compañía pagará el límite del plan elegido conforme se indica en las condiciones generales de la póliza.

Por el Solicitante Personal

Por el Solicitante Comercial

Firma del Corredor / Agente

Fecha

Fecha
Cargo

Fecha
Código del Corredor / Agente

--

--

--

Firma del Solicitante

Firma del Representante

Firma del Corredor / Agente