



17464

Solicitud Seguro de Vida

Código Deudor: _____

Código Asegurado: _____

PRIMERA PARTE

Nombres y apellidos del solicitante: _____

Fecha de nacimiento:

Día	Mes	Año

 Lugar de nacimiento: _____ Cédula o pasaporte: _____

Sexo: M F Estado civil: Soltero(a) Unión libre Viudo(a) Cantidad de hijos: _____
Divorciado(a) Casado(a)

2. Dirección residencial: Calle: _____ Edificio: _____

Apto./Casa No.: _____ Sector: _____ Ciudad: _____

Tipo de vivienda: Propia Alquilada Otra: (especifique) _____

Teléfono residencia: _____ Celular: _____ Oficina: _____

Correo electrónico: _____

3. Dirección comercial: Calle/Av.: _____ No.: _____

Sector: _____ Ciudad: _____ Nombre empresa: _____

Actividad comercial: _____ 4. Enviar correspondencia a: Residencia Oficina

5. Ocupación (actividad exacta a que se dedica): _____ Ingresos anuales RD\$: _____

Ingresos mensuales US\$: _____ Nivel académico: Primaria Secundaria Universitario Post-grado Maestría

6. Deportes que practica: _____

7. En los últimos tres años, ¿ha viajado ud. en otra calidad que no sea como pasajero en una línea regularmente establecida? En caso afirmativo, sírvase adjuntar el cuestionario de aviación civil completado y firmado. Sí No

8. ¿Posee otro seguro de vida en vigor? Sí No Si su respuesta es afirmativa, especifique: Compañía: _____

Fecha emisión: _____ Plan: _____ Suma asegurada RD\$: _____ US\$: _____

9. ¿Está pendiente de aceptación alguna solicitud de seguro de vida o de rehabilitación en otra compañía? Sí No Compañía: _____

10. ¿Le ha sido rechazado, cancelado, diferido o modificado algún seguro de vida, salud, accidente o solicitud en lo que respecta a la cantidad, tarifa, clase, o negada su renovación? Sí No

11. Plan solicitado: Temporal Anual Renovable Temporal Anual Renovable Decreciente _____ años

Temporal nivelado a: 1 año 10 años 20 años A la edad _____ años o durante _____ años
5 años 15 años Vida Ahorro

Otro: _____ 12. Suma asegurada: RD\$ _____ US\$: _____

13. Suma asegurada (beneficios adicionales): M.A.D RD\$ _____ US\$ _____

PACI RD\$ _____ US\$ _____ E.P. RD\$ _____ US\$ _____

Otros RD\$ _____ US\$ _____ Otros: _____

14. Forma de pago: Anual Semestral Trimestral Mensual

15. Beneficiarios:

Primarios: nombres y apellidos completos	Cédula	Fecha nacimiento	Parentesco	%

Secundarios: nombres y apellidos completos	Cédula	Fecha nacimiento	Parentesco	%

Excepto que se indique lo contrario: (A) los beneficios habrán de dividirse equitativamente entre todas las personas designadas como Beneficiarios Primarios y que sobrevivan al asegurado, pero si ninguno sobreviviera, los beneficios se devolverán equitativamente entre todas las personas designadas como Beneficiarios Secundarios y que sobrevivan al Asegurado, (B) se reserva el derecho de cambiar al beneficiario.

16. Cantidad pagada con esta solicitud RD\$: _____ **US\$:** _____

17. Detalles adicionales: utilice este espacio para detalles adicionales, instrucciones referentes a fecha de póliza, distribución a los beneficiarios, designación irrevocable de beneficiario, peticiones especiales.

Por este medio, hago constar que todas las declaraciones hechas aquí, junto con la segunda parte de la solicitud, son completas, verídicas y fueron efectuadas por mí a fin de obtener la póliza solicitada; y convengo en que (1) La Compañía no quedará obligada por cualquier promesa o declaración hecha por un agente u otra persona, a menos que se haga por escrito y sea aprobada por La Compañía; (2) ni aceptación de algún contrato que se emita en base a esta solicitud, constituirá una ratificación de cualesquiera de los cambios anotados por La Compañía; (3) si dentro de sesenta (60) días, a partir de la fecha de solicitud, no se recibiere la póliza, o si no se notificare de su aprobación o rechazo dentro de dicho período, esta solicitud se considerará como rechazada; (4) no habrá ningún contrato o responsabilidad de parte de La Compañía hasta que se me haya entregado la póliza durante mi buena salud y se haya pagado la primera prima; (5) ningún menor podrá ejercer derecho alguno de tomar a préstamo, entregar o ceder cualquier otro privilegio que conlleva la propiedad.

Firmado en: _____ Fecha:

Día	Mes	Año			

 _____ Firma del Solicitante _____ Firma del Representante Seguro de Personas _____ Firma del Intermediario

SEGUNDA PARTE

A. (1) Características físicas: Estatura: _____ pies _____ pulgadas Peso: _____ libras ¿Ha perdido peso (cantidad de libras)?: _____
 ¿ha aumentado peso (cantidad de libras)?: _____ En caso afirmativo, indique causa: _____

(2) ¿Conoce sus medidas de tensión arterial? En caso afirmativo, indique: Máx.: _____ Mín.: _____ (3) ¿Goza usted de buena salud en estos momentos? Sí No

B. Cuestionario de salud

Según su leal saber y entender, ha tenido alguna vez o se le ha informado haber tenido: (en caso de contestar afirmativamente a las preguntas, favor dar detalle en los espacios en blanco).

	Sí	No		Sí	No
1. ¿Presión arterial elevada, soplos, enfermedad del corazón, dolor alrededor del corazón, angina de pecho, ataque del corazón, palpitaciones o cualquier trastorno cardíaco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. ¿Fuma usted? ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cáncer, tumor, quiste o crecimiento anormal de cualquier clase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Desde cuando fuma? _____ ¿Dejó de fumar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Pleurésia, tuberculosis pulmonar, asma, ronquera crónica, bronquitis, fiebre del heno, cualquier afección de los pulmones, pecho o vías respiratorias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	¿Hace cuánto tiempo? ¿Cuántos cigarrillos fumaba al día? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Ataque cerebro-vascular, parálisis, epilepsia, convulsiones, desmayos, mareos, tensión o postración nerviosa o cualquier trastorno mental o nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. ¿Ha recibido transfusiones de sangre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Fiebre reumática, reumatismo, artritis, gota, neuritis, ciática o cualquier trastorno de la espalda, espina dorsal, huesos, articulaciones o músculos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. ¿En los últimos 10 años, ha tenido algunos de estos síntomas o enfermedades: diarreas frecuentes, fatigas, pérdidas de peso, cansancio, inflamación de los ganglios, hemofilia, herpes zoster, toxoplasmosis, ataxia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Diabetes o azúcar en la orina, bocio, o cualquier otra alteración de las tiroides o trastornos del metabolismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. ¿Ha ingresado en algún hospital o clínica en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Le han prescrito antibióticos, insulina, hormonas derivadas de la cortisona?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. ¿Le han recomendado una prueba de sangre, orina o cualquier otro tipo de investigación médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Molestia estomacal, trastorno intestinal, indigestión, gastritis, úlceras, hernia, trastornos de la vesícula, pancreas o hígado, hemorroides o cualquier molestia del recto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. ¿Ha tenido o le han dicho que tiene el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), Complejo Relacionado al SIDA (CRS), o condiciones relacionadas con el SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Nefritis o albúmina en la orina, cálculo en los riñones, vejiga o vías urinarias o cualquier trastorno de los riñones, próstata o conductos genitourinarios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. ¿Ha recibido consejo o tratamiento en conexión con cualesquiera de las categorías relacionadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Padece o ha padecido de enfermedades de los ojos, trastornos de la vista, oídos o garganta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. ¿Ha tenido resultados positivos para anticuerpos al virus (Humano T-Linfotrópico Tipo III) del SIDA?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Se ha realizado electrocardiogramas, examen de rayos X, ecocardiograma, encefalograma, tratamientos de rayos X o de radio? Por qué? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. ¿Tiene usted que ser hospitalizado próximamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Consumo bebidas alcohólicas? Si su respuesta es afirmativa, especifique cantidad _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. ¿Está o ha estado en los últimos 5 años bajo tratamiento o medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Consumo o ha consumido estupefacientes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. ¿Ha tenido alguna intervención quirúrgica en los últimos 5 años?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Ha recibido algún tratamiento por abuso de alcohol, drogas o curas de sueño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. ¿Ha tenido algún accidente, herida o fractura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ¿Ha padecido de dermatitis o problemas de la piel, enfermedad de Chagas u otras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. Para mujeres: según su leal saber y entender, ¿está usted embarazada? En caso afirmativo, ¿cuántos meses tiene? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			a. Según su leal saber y entender: ¿Ha tenido usted o le han informado tener algún tumor o trastorno de los pechos, trompas, ovarios, útero o cualquier trastorno de los órganos femeninos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			29. Para hombres: según su leal saber y entender, ¿ha padecido problemas de la próstata? En caso afirmativo, especifique. Indique, ¿cuándo fue la última vez que se realizó un examen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si alguna de las preguntas anteriores (excepto puntos 12,16 y 28) ha sido contestada afirmativamente, sírvase dar detalles a lo solicitado aquí debajo:

No. pregunta	Diagnóstico	Fecha diagnóstico	Estado actual	Nombre del médico

C. Tiene médico particular: Sí No En caso afirmativo indique: nombre del médico: _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Razón de consulta: _____ Fecha última consulta: _____
 Indique el tratamiento que le fue suministrado o el medicamento recetado: _____

Para el Agente: sírvase contestar las siguientes preguntas ya sea que se necesite o no examen médico - Información del solicitante

<p>1. ¿Conoce ud. bien al solicitante? _____</p> <p>2. ¿Qué ingresos derivan de su ocupación? _____</p> <p>3. ¿Qué ingresos derivan de otras fuentes? _____</p> <p>4. Dirección residencial anterior, (si hubiese cambiado en los últimos dos años) _____</p> <p>5. Dirección comercial anterior, (si hubiese cambiado en los últimos dos años) _____</p> <p>6. ¿Qué necesidad cubre el seguro solicitado? _____</p> <p>7. ¿Tiene ud. conocimiento de algún detalle que podría afectar el riesgo, el cual no ha sido mencionado en esta solicitud? _____</p>	<p>Preguntas que deberán contestarse cuando el solicitante sea mujer</p> <p>1. ¿Con quién reside ella? _____</p> <p>2. ¿De ser casada, cuál es el nombre completo del esposo? _____</p> <p>3. ¿Qué edad tiene él? _____ Ocupación: _____</p> <p>4. ¿Qué monto de seguro de vida tiene él? _____</p> <p>5. Si él no tiene seguro, ¿a qué se debe? _____</p> <p>6. Observaciones: _____</p>
--	---

Convengo en que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, la cual consta de la primera y segunda parte conjuntamente. Expresamente renuncio, en mi propio nombre y en el de cualquier persona que tuviere o reclamare algún interés en cualquier póliza en virtud de esta solicitud, a todas las disposiciones de la ley que le prohíban a un médico u otra persona que me haya asistido o examinado, o que pueda asistir o examinar en lo sucesivo, revelar todo conocimiento o información adquiridos por tal médico. SEGUROS BANRESERVAS, S.A. está autorizada a revelar ésta u otra información a cualquier otra Compañía de Seguros y a la Oficina de Información de Riesgos de Vida.

“Yo, _____ declaro libre, voluntariamente y afirmo bajo la fe del juramento, que todos los datos y documentos en el presente formulario son correctos y completos, que no he omitido ni falseado ninguno de los datos al respecto, siendo en consecuencia en todo su contenido y sus anexos, fieles conforme a la expresión de la verdad. Que en caso de comprobarse alguna omisión o declaración incorrecta o incompleta puede resultar en la negación de un reclamo o la modificación del contrato o que sea rescindida la Póliza de Seguros. So pena de lo establecido en las leyes de la República Dominicana, hecho, leído y firmado.

Firmado en: _____ Fecha:

Día	Mes	Año								

Firma del Solicitante
Firma del Intermediario
Firma del Testigo



Recibo No. **17464**

Santo Domingo, República Dominicana
RECIBO CONDICIONAL

Recibí de: _____

La suma de RD\$ (letras): _____ RD\$: _____
 US\$ (letras): _____ US\$: _____

Por concepto de la primera prima o proporción de la misma, sobre solicitud de número idéntico al de este recibo, presentada en fecha: _____
 de _____ de _____ en _____

Este recibo está sujeto a los términos y condiciones impresos al dorso del mismo. _____
 Nota: este recibo no debe desprenderse a menos que se haya efectuado algún pago con la solicitud. Firma del Intermediario