

ID archivo: _____

No. Póliza: _____

Certificado No.: _____

Datos del solicitante

_____ Nombres _____ Apellidos _____

Sexo: M F Fecha de nacimiento _____ Edad _____ años Cédula o pasaporte _____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre Teléfono residencial: _____

Celular _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____ Calle / número _____ Sector / ciudad _____

Datos de la empresa

Empresa asegurada: _____ Teléfono _____

Ocupación: _____ No. empleado: _____

Fecha de ingreso _____ Sueldo mensual RD\$ _____

Beneficiarios seguro de Vida

Nombres y apellidos	Cédula	Fecha de nacimiento			Edad	Porcentaje	Parentesco
		Día	Mes	Año			

Antecedentes médicos del solicitante

Según su conocimiento, alguna de las personas nombradas en esta solicitud ha padecido algunos de los siguientes síntomas y/o enfermedades:

	Si	No		Si	No
1. Deformidad, amputación o incapacidad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. Tuberculosis, asma, bronquitis o cualquier otra enfermedad pulmonar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. Artritis, reumatismo, artritis deformativa, padecimiento en la espina dorsal, huesos, articulaciones o los músculos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cáncer o tumores malignos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. (Femenino) alteraciones o hemorragias menstruales, desórdenes en los órganos reproductivos, quiste en senos u otros órganos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Cálculos y/o alteración en los riñones o en la vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. (Masculino) alteraciones en la próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Goiter, alteración en la tiroides, diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. SIDA (Síndrome Inmunológico de Deficiencia Adquirida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Epilepsia, gota, enfermedades mentales o nerviosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. Está embarazada, en caso afirmativo indicar período de embarazo _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Adicción a las drogas y/o alcohol, por la cual ha sido tratada y/o hospitalizada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	17. Otra _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Alteración de la vesícula, del estómago, del hígado o los intestinos, páncreas, hernias, úlceras, hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
9. Catarata u otra alteración de los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
10. Patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial, fiebre reumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Si usted ha indicado "si" en alguno de los síntomas y/o enfermedades anteriores, favor completar las siguientes informaciones:

Punto No.	Nombre del paciente	Diagnóstico y tratamiento	Fecha	Nombre y dirección del médico y/o del hospital

En caso de que el motivo de esta solicitud sea para cambio de beneficiario, favor de indicar todos los beneficiarios que usted desea nombrar, ya que esta solicitud anula todos los beneficiarios nombrados anteriormente.

SEGUROS UNIVERSAL, S. A. (en adelante "La Compañía") se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción. La cobertura entra en vigor el día primero del mes siguiente a la fecha de aprobación de la solicitud por La Compañía.

Usted está de acuerdo que todas las repuestas mencionadas anteriormente son completas y verdaderas según su conocimiento y entendimiento. Si hubiera alguna respuesta falsa en esta solicitud, el contrato podrá ser anulado por La Compañía, sin ninguna consecuencia legal en contra de esta.

Autorizo a cualquier médico, profesional, hospital, clínica, agencia gubernamental u otra persona médica o relacionada médicamente de proveer a La Compañía cualquier información incluyendo copias de registros respecto a cuidado o tratamiento proporcionado a mi y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

El solicitante autoriza expresa e irrevocablemente a La Compañía 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 suscriptores de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de La Compañía 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.

Solicitante

Fecha

Día	Mes				Año		