

**Datos de la Compañía o Entidad Solicitante**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle y número Apartamento y Edificio

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

Actividad del Negocio: \_\_\_\_\_ RNC: \_\_\_\_\_

Empresa con Impuestos Exonerados:  Si  No

Fecha de Const. Compañía: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

**Especificaciones del Seguro Solicitado**

Seguro solicitado:  Últimos Gastos Plus

Fecha de inicio de la Vigencia del Seguro: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

Cantidad de empleados con derecho al seguro: \_\_\_\_\_

¿Los titulares podrán incluir a sus dependientes?  Si  No

¿Contribuirán los empleados al pago de la prima?  Si  No

En caso afirmativo, detalle la base de la contribución: \_\_\_\_\_

**Antecedentes de la compañía**

¿Existe en vigor algún Seguro Colectivo?  Si  No

¿Ha existido tal contrato anteriormente?  Si  No

Tipo de Seguro: \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, indique nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento del contrato: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

**Requisitos de Asegurabilidad de los Empleados**

Tendrán derecho a solicitar el seguro todos los empleados que estén actualmente al servicio del patrono, que figuren en la nómina y que en la fecha efectiva del seguro hayan cumplido un período de \_\_\_\_\_ de servicio continuo, siempre que entonces estén trabajando al servicio del patrono durante las horas ordinarias y a sueldo regular.

Todos los empleados nuevos tendrán derecho a solicitar el seguro luego de cumplir \_\_\_\_\_ de servicio continuo, siempre que estén trabajando al servicio del patrono durante las horas ordinarias y a sueldo regular.

Empleados que no tendrán derecho a solicitar seguro: \_\_\_\_\_

**Forma de pago de prima**

Efectivo  Cheque  Pago Automático (\*)

Autorizo:  Cargar a Cuenta  Cargar a Tarjeta

Nombre del Banco: \_\_\_\_\_

Frecuencia de Pago:  Anual  Semestral  Mensual  Trimestral

\_\_\_\_\_  
Número de Cuenta

\_\_\_\_\_  
Número de Tarjeta

\_\_\_\_\_  
Fecha de Vencimiento

Prima inicial a Debitar: \_\_\_\_\_

(\*) 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.

**LEER ANTES DE FIRMAR**

Yo, el suscrito patrono, solicito de SEGUROS UNIVERSAL, un seguro colectivo con las especificaciones de esta solicitud, sobre la vida de los empleados actuales y futuros, incluidos regulamente en la nómina de la entidad solicitante, convengo en que si SEGUROS UNIVERSAL, acepta esta solicitud, el seguro deberá iniciar vigencia en la fecha antes mencionada, o inmediatamente despues que la Compañía reciba el pago de las primas y acepte como válida la solicitud, así como también las tarjetas de solicitud de seguro, debidamente completadas por los empleados con derecho al seguro.

Autorizamos expresa e irrevocablemente a SEGUROS UNIVERSAL, 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 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 causahabiente a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del artículo 1120 del Código Civil.

Fecha: \_\_\_\_\_  
Día Mes Año

\_\_\_\_\_  
 Patrono

# Informe del Intermediario

Están todos los empleados que han solicitado el seguro trabajando durante las horas ordinarias y a sueldo regular?  Si  No

En que fecha se deducirá en la nómina la primera contribución mensual o semanal de los empleados?       
Día Mes Año

El período cubierto por la primera deducción abarca: desde      hasta       
Día Mes Año Día Mes Año

Ejecutivo principal de la empresa:          
Apellidos Nombres

Cargo: \_\_\_\_\_

Administrador del grupo:          
Apellidos Nombres

Cargo: \_\_\_\_\_

Ha intervenido en la obtención de esta solicitud algún otro agente o corredor, además de los que firmarán más abajo?  Si  No

Si es positivo, indicar nombres          
Apellidos Nombres

¿Se ha hecho algún pago a cuenta de la primera prima?  Si  No Si es afirmativo, indicar monto: \_\_\_\_\_

Número de recibo de Caja: \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Supervisor

Código

\_\_\_\_\_  
Gerente de Negocios

\_\_\_\_\_  
Departamento Técnico

\_\_\_\_\_  
Oficina Suscriptor

Fecha Aceptación:        
Día Mes Año