

Datos del Asegurado

Apellidos _____

Nombres _____

Sexo Masculino Femenino Lugar de nacimiento _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____

Cédula _____

Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Dirección _____
Calle y número _____
Sector/Ciudad _____

Teléfono: Res. _____ Oficina _____

Celular _____

Vehículo Sí No Modelo _____

Marca _____

Empresa donde labora _____

Actividad del Negocio _____

Dirección _____
Calle y número _____
Sector/Ciudad _____

Teléfono _____ RNC _____

Labor que realiza _____

Tiempo realizando esta actividad _____

Dirección donde desea le sean remitidos los documentos: Asegurado Contratante Intermediario Dirección Comercial Dirección Residencial

Vivienda: Propia Alquilada

Nivel Académico/Profesión _____

¿Posee otra ocupación y/o fuente de ingreso? Sí No

Ingreso anual de su ocupación RD\$: _____

De otras fuentes _____

Cónyuge:

Apellidos _____

Nombres _____

Fecha de nacimiento _____ Cantidad de hijos _____

Contrante o dueño de la póliza: El asegurado Empresa Otro

Si es otro, indique:

_____ Nombres _____

_____ Apellidos _____

_____ Cédula _____ RNC _____

_____ Dirección Comercial _____
Calle y número _____
Sector/ciudad _____

_____ Dirección Res. _____
Calle y número _____
Sector/ciudad _____

_____ Teléfono Res. _____ Oficina _____

_____ Celular _____

Especificaciones del Seguro Solicitado

Seguro solicitado Individual Familiar Plazo del Seguro _____ años Prima planeada inicial _____

Tipo de Plan Tradicional Universal Plazo de pago prima _____ años Tasa crecimiento anual _____ % Último año de crec. _____

Opciones Vida VIUN 051 VITR 025 Capital inicial _____ Forma de pago de Prima: Anual Semestral Trimestral

Plan solicitado _____ Asegurados adicionales _____

Coberturas Contratadas

Planes Vida Plus Ahorro	Suma Inicial	Tasa crec.	Último año	Planes Tradicionales	Suma Asegurada
<input type="checkbox"/> Vida	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Vida	_____
<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y Desmembramiento	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Muerte Accidental y desmembramiento	_____
<input type="checkbox"/> Pago por Enfermedad	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Exoneración de Pago por Incapacidad	_____
<input type="checkbox"/> Renta Mensual y Seg. Saldado por Incap.	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Pago Anticipado de Capital por incapac.	_____
<input type="checkbox"/> Otro _____	_____	_____	_____	Otro: _____	_____

Renta por Orfandad o por Viudez Si No

Beneficio de Contratante Si No

Seguro Saldado por incapacidad Si No

En caso de seleccionar la cobertura de Renta por Orfandad o por viudez, indique las personas que se beneficiarán de la misma:

Apellidos	Nombres	Edad:	Actual	Final	Monto
Hijos _____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Cónyuge _____ Plazo: _____ años Monto a pagar _____

Beneficiarios

Primarios:	Nombres	Apellidos	Cantidad y % asignado	Fecha de Nac.			Parentesco
				Día	Mes	Año	
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							

Secundarios:							
1.							
2.							
3.							
4.							

Nota: En caso de no existir una cantidad o % asignado, los beneficios se distribuirán en partes iguales entre los beneficiarios designados.

Antecedentes del Asegurado

¿Posee seguro de Vida vigente? Si No Si es afirmativo, indique:

Compañía	Fecha de Emisión	Suma Asegurada

Posee beneficios de:

Muerte Accidental Ingreso por Incapacidad Pago por Enfermedad

¿Posee actualmente alguna solicitud de Seguro de Vida, de Salud o Accidentes Personales, pendientes de aprobación o rehabilitación en esta u otra Compañía? Si No

En caso afirmativo, indique causas: _____

¿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 alguna vez beneficiado por indemnización, bajo una póliza de seguro? Si No En caso afirmativo, indique causas:

Enfermedad Lesión Otras _____

¿Practica o ha practicado alguna de las siguientes actividades?

	Si	No
Paracaidismo, pesca submarina, carrera de velocidad, deportes de invierno u otra actividad obviamente peligrosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piloto o tripulante de cualquier nave aérea.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro de las Fuerzas Armadas de cualquier país.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Miembro del gobierno, elegido o nombrado y/o político activo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conductor o pasajero de motocicleta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Historia Familiar

Parentesco	Vivos			Fallecidos
	Edad	Estado de Salud	Edad	Causa
Padre				
Madre				
Hermanos: 1				
2				
3				
4				
5				

Antecedentes Médicos del Asegurado

Estatura: _____ Pies _____ Pulgs. Peso: _____ Lbs.

Comportamiento de su peso en el último año:

Constante Aumentó Disminuyó _____ Lbs.

Última vez en que consultó un médico: _____
Día Mes Año

Nombre del Médico _____

Especialidad _____

Nombre del Centro Médico _____

Teléfono: Cons. _____ Res. _____

Enfermedad padecida _____

Sintomas _____

Duración _____ Día (s) Mes (es) Año (s)

Ha sufrido intoxicación alcohólica en los últimos 5 años? Si No

En caso afirmativo, indique fecha última intoxicación _____
Día Mes Año

¿Fuma? Si No Si es afirmativo, indique:

Forma de tabaco que utiliza _____

Tiempo realizando dicha práctica _____ Día (s) Mes (es) Año (s)

En caso negativo, indicar si fumaba anteriormente Si No

Si es afirmativo, indique tiempo que posee sin fumar: _____

Ha hecho uso habitual de barbitúricos, sedantes o tranquilizantes o ha usado morfina o drogas narcóticas? Si No

En caso afirmativo, indique nombre de la droga y razón para su uso: _____

Ha sido sometido a alguna intervención quirúrgica? Si No

En caso afirmativo, indicar diagnóstico _____

Fecha _____
Día Mes Año

Se le han realizado estudios de: Rayos X, electrocardiograma, sangre u otra prueba para determinar diagnóstico? Si No

En caso afirmativo, indicar diagnóstico _____

Fecha _____
Día Mes Año

Ha padecido alguna vez de algunas de los siguientes síntomas y/o enfermedades:

Si No

- | | |
|---|--|
| <p>1. Mareos, náuseas, epilepsia, crisis o trastornos nerviosos, dolores de cabeza agudos o cualquier desorden del cerebro o sistema nervioso. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. Asma, pituita, alergia, tos crónica, sangre en el esputo, tuberculosis o cualquier enfermedad y/o desorden de los pulmones o sistema respiratorio. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>3. Presión sanguínea alta, dolores en el pecho, falta de aire, soplo cardíaco o cualquier otro desorden en el corazón o en el sistema circulatorio. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>4. Cualquier enfermedad o desorden en el estómago, intestinos, recto, apéndice, hígado, o vesícula biliar. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>5. Nefritis, piedras o cualquier enfermedad en los riñones, vejiga o Próstata. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>6. Artritis, reumatismo o cualquier enfermedad o desorden de la espalda, columna vertebral articulaciones o músculos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7. Diabetes, albúmina o sangre en la orina. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>8. Várices, úlcera varicosa o flebitis, o hernia de cualquier clase. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | <p>9. Cáncer, tumor o úlcera de cualquier clase, sífilis o cualquier enfermedad venérea. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>10. Alguna enfermedad o desorden de los ojos, oídos o garganta. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>11. Tiene usted en la actualidad alguna enfermedad, anomalía o deformación, o está recibiendo tratamiento o tomando medicamento de cualquier clase. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>12. Ha sido o está siendo analizado, tratado o informado de tener: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), o condición relacionada con el Sida o cualquier enfermedad sexualmente transmisible. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>13. Alteración de los nódulos linfáticos (glándulas), enfermedad crónica, lesiones raras o persistentes de la piel y/o infecciones inexplicables. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>14. Ha estado en un hospital, clínica, sanatorio o alguna institución para observación, diagnóstico, operación o tratamiento. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>15. Ha consultado algún médico o ha sido tratado por cualquier otra causa durante los últimos cinco (5) años. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
|---|--|

En caso de contestar afirmativamente a alguna de las preguntas anteriores, favor ofrecer los siguientes datos:

Punto No.	Diagnóstico	Tratamiento	Fecha	Nombre del médico y/o Hospital

Contestar sólo si es del sexo femenino

Ha padecido alguna vez de algunas de los siguientes síntomas y/o enfermedades:

- | | |
|---|--|
| <p>Tumor o enfermedad de pechos, útero u ovario. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Pérdidas, abortos o complicaciones en algún embarazo. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>En caso afirmativo, Ha tenido algún embarazo normal desde entonces. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>¿Son sus menstruaciones regulares y normales? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>En caso afirmativo, indique tiempo que posee: _____ Semanas</p> | <p>Cantidad de hijos que posee: _____ Vivos _____ Fallecidos</p> <p>Si es casada indique tiempo que tiene _____</p> <p>Ginecólogo _____
Apellidos _____</p> <p>_____
Nombres _____</p> <p>Centro médico donde labora _____</p> |
|---|--|

Especificaciones Adicionales

La póliza está endosada a otra persona y/o compañía Si No En caso afirmativo, indique los siguientes datos:

Nombre _____ Dirección _____
Calle y número _____

_____ Apartamento/e edificio _____ Sector/ciudad _____

Monto cedido _____ Sucursal _____

Instrucciones Especiales

Endosos por la compañía

Forma de pago de prima

 Efectivo

 Pago Automático (*)

 Si es Pago Automático, Favor Autorizar: Cargar a Cuenta Cargar a Tarjeta

Nombre del Banco _____

 25 % prima más

 Anual Semestral

 Mensual Trimestral

 Corriente

 De Ahorros

Número de Cuenta

Número de Tarjeta

Fecha de Vencimiento

Por este medio hago constar que todas las declaraciones hechas aquí, son verídicas y fueron efectuadas por mí a fin de obtener la póliza solicitada; y convengo que: (1) La Compañía 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 Empresa; (2) mi 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 la póliza, o si no se me notificare 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 de parte de la Compañía, hasta que se me haya entregado la póliza y se haya pagado la primera prima.

El contratante autoriza expresa e irrevocablemente a SEGUROS UNIVERSAL, C. POR A. a suministrar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesaria 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, C. POR 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 renunciarse expresamente 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 | Mes | Dia | Año |

 Contratante

 Solicitante

 Oficial Sucursal Banco / Intermediario

 Código del Oficial/ Intermediario

 Código de Sucursal

 Supervisor

 Código Supervisor

 Código de Oficina

 Gerente de Negocios

Especificaciones de la Emisión

Cobertura	Condición
Vida	

(*) 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.