

Especificaciones del Seguro Solicitado

Coberturas	Valor asegurado RD\$	Prima anual	Prima según forma de pago RD\$
Muerte	_____	_____	_____
Incapacidad Total y Permanente	_____	_____	_____
Otra Incapacidad	_____	_____	_____
Compensación semanal por incapacidad total o permanente	_____	_____	_____
Compensación semanal por incapacidad parcial o temporal	_____	_____	_____
Gastos Médicos, Quirúrgicos, hospitalarios y de medicina	_____	Total de Prima: _____	_____
Forma de pago de prima: <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual		ITBIS _____	
		Total a Pagar _____	

Forma de pago de prima

Efectivo Pago Automático (*)

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

Nombre del Banco _____

Corriente
 De Ahorros

25 % prima más Anual Semestral
 Mensual Trimestral

Número de Cuenta:

Número de Tarjeta:

Fecha de Vencimiento:

El solicitante autoriza expresa e irrevocablemente a SEGUROS UNIVERSAL, C. POR A. 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, C. POR A. y 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.

La póliza excluye servicio del asegurado en el cumplimiento de sus deberes con las Fuerzas Armadas o tomando parte en conmociones civiles, guerra y riesgos similares, sedición o huelga, suicidio o tentativa de suicidio, asalto provocado, pelea estando el asegurado afectado por alcohol o droga, excepto en caso de defensa propia de buena fe.

Garantizo que las declaraciones expuestas anteriormente son correctas y completas. Convengo en que esta solicitud será la base del contrato entre la Compañía y yo. Entiendo que este seguro no está en vigor hasta que esta solicitud haya sido aceptada por la Compañía.

Fecha

_____ Solicitante _____ Oficina Suscriptora

_____ Intermediario Código

_____ Gerente de Negocios

(*) 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.