

Formulario Solicitud Plan Exclusivo Plus

ID ARCHIVO _____ NO. CONTRATO Y FAMILIA _____ CERTIFICADO NO. _____

Datos generales del solicitante

NOMBRE COMPLETO _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN			NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN		
<input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> NSS					
SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	CIUDAD DE NACIMIENTO		
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M					
ESTATURA		PESO	NACIONALIDAD		
_____ Pies _____ Pulgadas		_____ Libras			
ESTADO CIVIL					
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre <input type="checkbox"/> Otro _____					
DIRECCIÓN (Calle y número)					

BARRIO/SECTOR	CIUDAD/MUNICIPIO	EDIFICIO/TORRE/RESIDENCIAL	APARTAMENTO/CASA NO.
CELULAR	TEL. RESIDENCIAL	CORREO ELECTRÓNICO	EMPRESA DONDE LABORA

NIVEL ACADÉMICO					
<input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> Universitario <input type="checkbox"/> Postgrado <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Técnico					
PROFESIÓN	VEHÍCULO	CASA			
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Dependiente			
ESCALA SALARIAL					
<input type="checkbox"/> +70,000 <input type="checkbox"/> - 70,000 + 50,000 <input type="checkbox"/> - 50,000 + 30,000 <input type="checkbox"/> - 30,000 + 20,000 <input type="checkbox"/> - 20,000					

Datos generales de la empresa

TRABAJADOR	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	
<input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente		
RNC	SUCURSAL	TELÉFONO
CARGO	TIPO DE EMPRESA	
ACTIVIDAD ECONÓMICA	FECHA INGRESO A LA COMPAÑÍA	
DIRECCIÓN (Calle y número)		

BARRIO/SECTOR	CIUDAD/MUNICIPIO	EDIFICIO/TORRE
---------------	------------------	----------------

Datos de los dependientes

NO. SOLIC.	NOMBRE Y APELLIDO	NO. IDENTIFICACIÓN	FECHA DE NACIMIENTO			EDAD	SEXO	CIUDAD DE NACIMIENTO	PARENTESCO
			Día	Mes	Año				

Historia familiar

¿ALGUNO DE SUS FAMILIARES FUMA? Sí No

SI ES AFIRMATIVO, INDIQUE:

TIPO	CANTIDAD	NO. DEL SOLICITANTE	CANTIDAD DE AÑOS FUMANDO
------	----------	---------------------	--------------------------

¿ALGUNO DE SUS FAMILIARES CONSUME BEBIDAS ALCOHÓLICAS? Sí No

SI ES AFIRMATIVO, INDIQUE:

NO. DEL SOLICITANTE	CANTIDAD DE AÑOS CONSUMIENDO BEBIDAS ALCOHÓLICAS
---------------------	--

PARENTESCO	CON VIDA		FALLECIDOS	
	EDAD	ESTADO DE SALUD	EDAD	CAUSA
Padre				
Madre				
Hermanos: 1				
2				
3				
4				
5				

Forma de pago de prima

Efectivo Pago automático (*) FRECUENCIA DE PAGO Anual Semestral Trimestral Mensual

PARA PAGO AUTOMÁTICO, AUTORIZO CARGAR A: Cuenta bancaria Tarjeta de crédito

TIPO CUENTA Ahorro Corriente NÚMERO DE CUENTA

Visa MasterCard NÚMERO DE TARJETA FECHA DE VENCIMIENTO

CVV NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN BANCARIA

(*) La renovación de esta modalidad de pago es automática, si desea suspender esta modalidad, debe solicitarlo con antelación mínima de 15 días laborables, en cualquiera de las sucursales de Universal S. A.

UNIVERSAL, S. A. (en adelante "La Compañía") se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción. La cobertura entra en vigor una vez registrada la solicitud en el sistema. Usted está de acuerdo que todas las respuestas 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 relacionada médicamente, de proveer a La Compañía cualquier información, incluyendo copias de registros respecto a cuidados o tratamientos proporcionados a mí y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. Así mismo autorizo, expresa e irrevocablemente a UNIVERSAL, S. 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 suscriptores de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de UNIVERSAL, S. 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 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.

Firmas

Sucursal	Código	Fecha
Intermediario	Código	Fecha
Supervisor	Código	Fecha
Firma y sello de la empresa	Firma del titular	Fecha