

Póliza: \_\_\_\_\_ Cert. No. \_\_\_\_\_

 Motivo de la Solicitud:  Inclusión Asegurado  Inclusión Dependiente

### Solicitud Individual Últimos Gastos Plus

#### Datos del Titular

Nombres	Apellidos
Cédula: _____	Pasaporte: _____ Fecha de Nacimiento: _____ <small style="display: inline-block; width: 100px; text-align: center;">Día      Mes      Año</small>
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Libre
Dirección: _____ <small style="display: inline-block; width: 100px; text-align: center;">Calle y número</small>	Apartamento y Edificio _____
_____ <small style="display: inline-block; width: 100px; text-align: center;">Sector</small>	_____ <small style="display: inline-block; width: 100px; text-align: center;">Ciudad</small>
Teléfono: _____	Celular: _____ Sueldo Mensual RD\$: _____
Correo electrónico: _____	
Empresa donde labora: _____ Teléfono: _____	
Fecha de Ingreso: _____ <small style="display: inline-block; width: 100px; text-align: center;">Día      Mes      Año</small>	Actividad de la empresa: _____

#### Datos de los Dependientes

No. Solicitante	Nombres y Apellidos	Cédula	Fecha de Nacimiento			Sexo	Parentesco
			Día	Mes	Año		
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							

#### Antecedentes de los solicitantes

¿Algún solicitante sufre o ha sufrido de?:

- |   |                          |                          |  |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
|   | Sí                       | No                       |  |
| 1. Cáncer, leucemia, tumores malignos o diabetes.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 2. Alteración en los riñones, vejiga, hígado, páncreas, estómago, pulmones. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 3. Enfermedades mentales o nerviosas.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 4. Patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial.                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 5. Ha estado hospitalizado durante los últimos 5 años.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 6. Otras enfermedades graves.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |

Especifique: \_\_\_\_\_

Si usted ha indicado "sí" en alguna de las preguntas anteriores, favor completar las siguientes informaciones:

No. de Antecedente	Nombre del Solicitante	Diagnósticos y Tratamiento	Fecha	Nombre y Dirección del Médico y/o Hospital

# 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

                Corriente     Ahorros  
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 laborables, en cualquiera de las sucursales de Seguros Universal.

## LEER ANTES DE FIRMAR

SEGUROS UNIVERSAL, C. por A. (en adelante "La Compañía") se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción. La cobertura entra en vigor el día de inicio de vigencia del certificado particular del asegurado.

Estamos de acuerdo que todas las repuestas mencionadas anteriormente son completas y verdaderas según nuestro 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.

Autorizamos 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 mí y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol.

Autorizamos 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 causa habientes a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del artículo 1120 del Código Civil.

\_\_\_\_\_  
TITULAR

Fecha:        
                  Día            Mes            Año

\_\_\_\_\_  
INTERMEDIARIO

Código:

\_\_\_\_\_  
DEPARTAMENTO TECNICO