

Datos generales del afiliado

Apellidos	Nombres
Cédula _____ - _____ - _____	Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Años Fuma: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Lugar de nacimiento _____	
Estado civil: Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Unión libre <input type="checkbox"/>	
Dirección: _____	
Teléfono res. _____ Celular _____ Oficina _____	
Correo electrónico _____	
Empresa donde labora _____ Actividad del negocio _____	
Dirección	Teléfono Fax
Cargo u ocupación _____ Nivel académico/profesión _____	
Labor que realiza _____ Tiempo realizando esta actividad _____ Años	
Ingreso anual: De su ocupación _____ De otras fuentes _____ RD\$ <input type="checkbox"/> US\$ <input type="checkbox"/>	

Datos de los dependientes

	Nombre y Apellidos	No. Identificación	Fecha de nacimiento			Edad	Ciudad de nacimiento	Parentesco
			Día	Mes	Año			
1								
2								
3								
4								
5								

Pago de prima

Valor de la renta: RD\$70 Frecuencia de pago de la renta: Anual Semestral Trimestral

Forma de pago: Pago automático

Para pago automático, autorizo a la institución bancaria indicada a descontar durante la vigencia de este seguro el valor de las primas correspondiente a la opción seleccionada por mí:

Institución bancaria _____

Cuenta No. _____ Corriente Ahorro Fecha de vencimiento _____

Tarjeta crédito No. _____ Visa Mastercard CVC _____

Los cargos deben ser realizados de acuerdo a la frecuencia de pago pactada en el contrato.
 La renovación de esta modalidad de pago es automática, si desea suspenderla debe solicitarlo con antelación mínima de 15 días laborables.
 La edad mínima de ingreso a este seguro es 18 años y la máxima 65 años.

Antecedentes médico de los solicitantes

Según su conocimiento, usted o alguna de las personas nombradas en esta solicitud ha padecido algunos de los siguientes síntomas y/o enfermedades:

	Si	No
1. Cáncer o tumores malignos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alteraciones o hemorragias menstruales, desórdenes en los órganos reproductivos, quiste en senos u otros órganos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Virus del papiloma humano (VPH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Neoplasia intraepitelial cervical estado III (NIC III)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Carcinoma in situ (CIS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ha recibido terapia de radiación o quimioterapia, en caso afirmativo indicar la causa _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Otra _____		

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

Punto No.	Nombre del paciente	Diagnóstico y tratamiento	Fecha	Nombre y dirección del médico y/o del hospital

Nota: Cualquier omisión de datos o información referente a un padecimiento, la empresa tiene la autoridad de reservarse el derecho de cobertura al momento de ser solicitado.

ARS UNIVERSAL, S. A. (en adelante "La Compañía") se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción. La cobertura entra en vigor en la fecha de aprobación de esta solicitud indicada por La Compañía. 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 médica o relacionada médicamente de proveer a La Compañía cualquier información incluyendo copias de registros respecto a cuidado o tratamiento proporcionado a mi y/o mis dependientes, sin limitación a información relacionada con enfermedades mentales o el uso de drogas o alcohol. El solicitante autoriza 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 reponsabilidad 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 habitantes a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil.

Firma del solicitante _____

Fecha de aceptación

Día	Mes	Año							

Intermediario

Código

Supervisor

Código

Gerente de negocio