

Formulario Solicitud Más Segura

PÓLIZA _____ ID DE ARCHIVO _____ CERTIFICADO NO. _____

Datos de la contratante

NOMBRE COMPLETO _____

TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte		NÚMERO	FECHA DE NACIMIENTO
EDAD Años	LUGAR DE NACIMIENTO		SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
FUMA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Unión Libre		
DIRECCIÓN (Calle y número)			

EDIFICIO/TORRE/RESIDENCIAL	APARTAMENTO/CASA NO.	
BARRIO/SECTOR	CIUDAD/MUNICIPIO	
TEL. RESIDENCIAL	TEL. OFICINA	CELULAR
CORREO ELECTRÓNICO	NIVEL ACADÉMICO/PROFESIÓN	

Datos de la empresa donde labora

TRABAJADOR <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Independiente	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE		
RNC	TELÉFONO	CARGO U OCUPACIÓN	TIPO DE EMPRESA
ACTIVIDAD QUE REALIZA	TIEMPO REALIZANDO ESTA ACTIVIDAD		
DIRECCIÓN (Calle y número)			
EDIFICIO/TORRE	BARRIO/SECTOR	CIUDAD/MUNICIPIO	
¿POSEE OTRA OCUPACIÓN Y/O FUENTE DE INGRESO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	INGRESO ANUAL DE SU OCUPACIÓN RD\$	INGRESOS DE OTRAS FUENTES RD\$	

Datos de las dependientes

Nombres y apellidos	No. identificación	Fecha de nacimiento			Edad	Ciudad de nacimiento	Parentesco
		Día	Mes	Año			

Pago de prima

FORMA DE PAGO Pago automático FRECUENCIA DE PAGO Anual Semestral Trimestral

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

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN BANCARIA AUTORIZO CARGAR A: Cuenta bancaria Tarjeta de crédito

TIPO CUENTA: Ahorro Corriente NÚMERO DE CUENTA NÚMERO DE TARJETA

Visa MasterCard Otra: FECHA DE VENCIMIENTO

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 de 18 años y la máxima 65 años.

Antecedentes médicos de las 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, quistes 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 respuestas anteriores, favor completar las siguientes informaciones:

Punto No.	Nombre del solicitante	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.

Declaración

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 mí 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 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 habitantes a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil.

Firma

Firma de la Contratante

Fecha de aceptación

Gerente de Negocios

Intermediario

Código

Supervisor

Código