

Formulario Solicitud Seguro Colectivo de Vida

ID ARCHIVO

NO. PÓLIZA

CERTIFICADO NO.

Datos del solicitante

NOMBRE COMPLETO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN

 Cédula Pasaporte NSS

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN

SEXO

 F M

FECHA DE NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)

ESTADO CIVIL

 Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre

TELÉFONO RESIDENCIAL

CELULAR

CORREO ELECTRÓNICO

DIRECCIÓN (Calle y número)

BARRIO/SECTOR

CIUDAD/MUNICIPIO

EDIFICIO/TORRE

Datos de la empresa

EMPRESA ASEGURADA

TELÉFONO

OCUPACIÓN

NO. EMPLEADO

FECHA DE INGRESO (dd/mm/aaaa)

SUELDO MENSUAL RD \$

Beneficiarios seguro de vida

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

Antecedentes médicos del solicitante

PADECE O HA PADECIDO USTED ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS Y/O ENFERMEDADES:

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | SÍ | NO |
| 1. Deformidad, amputación o incapacidad física. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Tratamiento, hospitalización o intervención quirúrgica. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Cáncer o tumores malignos. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Cálculos y/o alteración en los riñones o en la vejiga. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Bocio, alteración en la tiroides, diabetes. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | |
|--|--|
| 6. Epilepsia, gota, enfermedades mentales o nerviosas. | SÍ NO
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7. Adicción a las drogas y/o alcohol, por la cual ha sido tratada y/o hospitalizada. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 8. Alteración de la vesícula, estómago, hígado o los intestinos, páncreas, hernias, úlceras, hemorroides. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 9. Catarata u otra alteración de los ojos. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 10. Patología cardíaca, alteraciones de la presión arterial, fiebre reumática. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 11. Tuberculosis, asma, bronquitis o cualquier otra enfermedad pulmonar. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 12. Artritis, reumatismo, artritis deformativa, padecimiento en la espina dorsal, huesos, articulaciones o los músculos. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13. SIDA (Síndrome Inmunológico de deficiencia adquirida) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 14. (Femenino) alteraciones o hemorragias menstruales, desórdenes en los órganos reproductivos, quiste en senos u otros órganos. | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15. Está embarazada, en caso afirmativo indicar período de embarazo: _____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 16. (Masculino) alteraciones en la próstata | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 17. Otra: _____ | |

SI USTED HA INDICADO "SI" EN ALGUNO DE LOS SINTOMAS Y/O ENFERMEDADES ANTERIORES, FAVOR COMPLETAR LAS SIGUIENTES INFORMACIONES:

PUNTO NO.	Nombre del solicitante	DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO	FECHA (dd/mm/aaaa)	NOMBRE TELÉFONO Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO Y/O DEL HOSPITAL

En caso de que el motivo de esta solicitud sea para cambio de beneficiario, favor de indicar todos los beneficiarios que usted desea nombrar, ya que esta solicitud anula todos los beneficiarios nombrados anteriormente.

UNIVERSAL, S. A. (en adelante "La Compañía") se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de inscripción. La cobertura entra en vigor el día primero del mes siguiente a la fecha de aprobación de la solicitud 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 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.

Firma del solicitante

Fecha fXX#a a #UUUU