

Calle Porfirio Herrera #29, Torre INICA,
1er piso, Evaristo Morales, Sto.Dgo. R.D.

Favor completar la siguiente información con letra
de molde, sin omitir datos, borrones ni manchones

APARTADO A: DATOS DEL SOLICITANTE

Nombres y apellidos			Documento de Identidad		Fecha de Nacimiento		Sexo	
Nacionalidad	Peso (Libras)	Estatura	Estado Civil	Edad	Profesión	Ocupación/Cargo	Empresa	
Celular	Teléfono	¿Tiene usted otra nacionalidad? Si No		De ser SI, indicar:	De haber respondido SI, suministrar número de identificación como Contribuyente (TIN):		¿Califica como contribuyente bajo la legislación de los Estados Unidos (FATCA)? Si No	
Dirección		Número	Edificio/Plaza	Sector	Ciudad	Código postal	Correo Electrónico	

Información Actividad económica

Empleados/Asalariado

Propietario/Socio

Jubilado/Pensionado

Inversionista/Prestamista

Estudiante

Otro¿Cuál?

Independiente

Ama de casa

Información Financiera

Ingresos mensuales actividad principal	Menos de RD\$20 mil	RD\$20 mil a RD\$50 mil	RD\$50 mil a RD\$100 mil	Más de RD\$100 mil
Otros ingresos promedio mensual RD\$ aproximados.				

¿Ha manejado o maneja recursos públicos durante los últimos 3 años?	Si	No	Su respuesta es afirmativa, especifique
¿Ha poseído o posee maneja algún grado de poder público durante los últimos 3 años?	Si	No	Su respuesta es afirmativa, especifique
¿Es persona reconocida o influencia pública?	Si	No	Su respuesta es afirmativa, especifique
¿Es afirmativa alguna de las preguntas anteriores para su cónyuge, padres, abuelos, hijos, nietos, suegros, nueras o yernos?	Si	No	Su respuesta es afirmativa, especifique

APARTADO B: DATOS VALORES ASEGURADOS

Producto	Moneda	Existe actualmente un seguro con este préstamo		Si	No
Cobertura	Valor Asegurado \$	Monto Prima \$	Plazo del Seguro		

APARTADO C: BENEFICIARIOS SEGURO DE VIDA

Nombres y Apellidos	Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento	%	Parentesco
---------------------	------------------------	---------------------	---	------------

APARTADO D: CUESTIONARIO MÉDICO	Deudor		Codeudor		Especificar enfermedad
Este seguro de vida temporal no otorgará prestación alguna cuando la causa principal o secundaria del fallecimiento sea la condición que causara la muerte ó si respondió sincera e íntegramente, esta condición habría hecho que usted respondiera "Sí" a cualquiera de las preguntas de este apartado.	Si	No	Si	No	
1. ¿Supera el saldo de la hipoteca y todas sus otras hipotecas aseguradas la cantidad de RD\$5,000,000.00?					
2. ¿Consume frecuentemente más de 5 unidades de alcohol o bebidas alcohólicas al día, o drogas ilegales o sustancias controladas? (1 ud: 1 vaso de cerveza o 1 copa de vino o 1 vasito de licor).	Si	No	Si	No	
3. ¿Ha consultado en los últimos 5 años a un médico por cualquier razón (excluyendo el embarazo) que exija en la actualidad o haya exigido un tratamiento o seguimiento médico?	Si	No	Si	No	
4. ¿Le han diagnosticado positivo al VIH o le han tratado por VIH o por una enfermedad relacionada con el VIH, como el SIDA, o cualquier otra enfermedad o trastorno inmunológico?	Si	No	Si	No	
5. ¿Ha consultado en los 6 últimos meses a un médico por cualquier razón (excluyendo el embarazo) que exija ahora o haya exigido un seguimiento o tratamiento?	Si	No	Si	No	
6. ¿Le han negado alguna vez un seguro de vida o propuesto una cobertura a una tarifa superior a la normal?	Si	No	Si	No	

APARTADO E: LLENAR POR EL CODEUDOR (SI PROCEDE) PARA TODOS LOS PRÉSTAMOS QUE REQUIEREN COBERTURA

Codeudor (Apellidos, nombre, iniciales)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	Sexo (M/F)
Dirección	Teléfono	Documento de Identidad

APARTADO F: TÉRMINOS Y CONDICIONES

Este formulario de inscripción y el certificado de seguro adjunto establecen las condiciones de la cobertura. Ningún empleado del Banco está autorizado a anular o modificar lo estipulado en el formulario de inscripción o en el certificado de seguro.

FIRMAS: A firmar por el Deudor o el codeudor o ambos (si se trata de una cobertura conjunta)

Al firmar abajo declaro/declaramos que la información que di/dimos anteriormente a la compañía de seguros es verdadera y que he/hemos leído, comprendido y aceptado los términos descritos en este formulario de inscripción y en el certificado de seguro. Además, reconozco/reconocemos que los términos han sido explicado de manera adecuada.

Entiendo/entendemos que, en caso de falsa declaración importante o de elusión en alguna de mis/nuestras respuestas a las preguntas de este formulario de inscripción, el seguro que pudiera/pudieramos obtener de esta inscripción será nulo y sin efecto.

Al firmar abajo reconozco/reconocemos que, si respondo/respondemos Sí a alguna de las preguntas del cuestionario anterior, la compañía de seguros puede pedir a un médico autorizado, a un doctor autorizado, a un profesional médico, a una clínica, hospital u otro servicio médico o relacionado con la medicina, a una compañía de seguros u otra organización, institución o persona que tenga registros o datos sobre mi/nuestra salud, que proporcione a la compañía de seguros cualquier información médica para decidir mi/nuestra admisibilidad para este contrato. También autorizo/autorizamos a la compañía de seguros a que se comunique directamente conmigo/con nosotros a este respecto. Acepto/aceptamos que una fotocopia u otra copia de esta autorización sea tan válida como el original.

Fecha (Día/Mes/Año)	Deudor	Codeudor
---------------------	--------	----------