

Vida Individual: ☐ Vida Extra Segura: ☐ Vida Colectivo: ☐

Cotización Núm.: _____

1. Datos**a) Datos del contratante** (persona o entidad que contrata el seguro) / (en caso de ser el mismo asegurado, pase a la sección b)

Nombre Completo: _____

Cédula/ Pasaporte/ RNC: _____ Tipo de entidad: Pública ☐ Privada ☐

Dirección: Calle/Sector: _____

Edificio: _____ Apto./Casa núm. _____

Teléfono Contacto: _____ Correo electrónico: _____

b) Datos del titular solicitante (Prospecto asegurado)Nombre completo: _____ Fecha nacimiento: _____
Día Mes Año

Cédula o Pasaporte: _____ Lugar de nacimiento: _____

Presión arterial: Máx.: _____ Min.: _____ Peso: _____ lbs Estatura (pies/pulg.): _____ Sexo: M ☐ F ☐Estado civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Unión libre ☐ Tipo de vivienda: Propia ☐ Alquilada ☐Nivel académico: Primaria ☐ Secundaria ☐ Universitario ☐ Post-grado ☐ Maestría ☐

Profesión: _____ Detalle de ocupación: _____ Ingresos mensuales: _____

Teléfono Contacto: _____ Correo electrónico: _____

En caso de poseer algún seguro en vigor, indicar:

Suma asegurada: _____ Compañía: _____

2. Informaciones sobre el plan seleccionado

Vida Individual	Coberturas disponibles	Suma asegurada RD\$ ☐ / USD\$ ☐
a) Temporal:	Muerte	
Nivelado: T1 ☐ T5 ☐ T10 ☐ T15 ☐ T20 ☐ T30 ☐	Muerte cónyuge -50% de cobertura titular hasta 1 MM	
Pago Prima Única: T3 ☐ T5 ☐	Muerte accidental o pérdida de miembros	
b) Temporal anual renovable (TAR) ☐	Doble indemnización por accidente colectivo -Solo aplica para Colectivos	
c) Temporal anual renovable decreciente (TARD) ☐	Triple indemnización por accidente laboral -Solo aplica para Colectivos	
Tasa: _____ Duración (años): _____	Pago anticipado de capital por incapacidad total y permanente (PACI)	
Vida Extra Segura	Pago anticipado del 50% del capital por enfermedades graves	
A la edad: _____ años, o durante _____ años.	Exoneración de pago de prima -No aplica para Colectivos	
	Gastos funerarios - Solo aplica para Colectivos	

a) Datos del cónyuge (si aplica)

Nombre completo	Cédula	Fecha nacimiento	Peso / estatura	Presión arterial
			_____ Lbs. _____ Pies _____ Pulg.	Máx.: _____ Min.: _____

b) Datos de los beneficiarios primarios				
Nombre completo	Cédula	Fecha nacimiento	Parentesco	% Designado

c) Datos de los beneficiarios secundarios				
Nombre completo	Cédula	Fecha nacimiento	Parentesco	% Designado

3. Cuestionario de Salud

a) Para valor asegurado hasta cinco millones de pesos o cien mil dólares (RD\$5,000,000 O US\$100,000)				Sí	No
1. ¿Goza usted de buena salud en este momento?				☐	☐
2 - ¿Usted fuma actualmente o ha sido fumador de cigarrillos, cigarrillos eléctricos, vapor, hooka o algún otro? en caso afirmativo, Indicar cual: _____ ¿Desde cuándo? _____ ¿Cuántos cigarrillos al día? _____				☐	☐
2.1. ¿Dejó usted de fumar? en caso afirmativo ¿Desde cuándo? _____				☐	☐
3. ¿Consume bebidas alcohólicas? en caso afirmativo ¿Desde cuándo? _____ Tipo: _____ Cantidad semanal: _____				☐	☐
4. ¿Practica algún deporte o hobby? Especifique cuál: _____				☐	☐
5. ¿Ha usado usted o alguno de sus dependientes heroína, morfina, LSD u otra droga narcótica o psicotérmica y/o ha estado en un tratamiento por el abuso de alcohol o drogas?				☐	☐
6. ¿Tiene usted o alguno de sus dependientes alguna discapacidad física, congénita o adquirida, posee algún tipo de prótesis, implante o secuelas de algún tipo de limitación funcional o sufrido alguna amputación y/o trasplante?				☐	☐
7. ¿Tiene usted o alguno de sus dependientes prevista alguna intervención quirúrgica, tratamiento, examen o consulta médica?				☐	☐
8. ¿Está usted embarazada? en caso afirmativo, indicar las semanas de embarazo: _____				☐	☐
9. ¿Usted o algún familiar ha estado en aislamiento durante los últimos 90 días por sospecha o diagnóstico de alguna enfermedad infecto contagiosa tales como influenza, hepatitis, tuberculosis, coronavirus?				☐	☐
10. ¿Ha viajado fuera del país durante los últimos 90 días? De ser afirmativo, indicar destinos y duración: _____				☐	☐

b) Completar adicionalmente a la sección anterior, si la suma asegurada excede los cinco millones un pesos o cien mil un dólares (RD\$5,000,001 o US\$100,001)				
11. ¿Padece o ha padecido de enfermedades relacionadas al Sistema Gastrointestinal o Urinario , tales como: trastornos del estómago, hernia hiatal, intestinos, hígado, hepatitis, vesícula biliar, úlceras, colitis, diverticulosis, hemorroides, trastornos de los riñones o de las vías urinarias, albúmina en la orina u otro padecimiento de la vejiga o alguna otra condición no mencionada en esta pregunta?			☐	☐
12. ¿Le han informado que tiene o ha tenido quistes, tumores, masas, nódulos, inflamación de ganglios linfáticos, lesiones pre-cancerígenas o cáncer?			☐	☐
13. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad relacionada al Sistema Endocrinológico , tales como: enfermedades de la tiroides, glándulas suprarrenales, obesidad o diabetes?			☐	☐
14. ¿Se le ha recomendado intervención quirúrgica, rayos x, electrocardiograma, pruebas de sangre u orina? ¿Ha estado bajo algún tratamiento médico, toma o ha tomado algún medicamento o realizado cualquier otro tipo de investigación médica durante los últimos 5 años?			☐	☐
15. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad relacionada al Sistema Cardiovascular o Circulatorio , tales como: infarto cardíaco, angina de pecho, fiebre reumática, hipertensión arterial, insuficiencia coronaria o cardíaca, arterioesclerosis, tromboflebitis, afecciones vasculares, soplos, arritmias o alguna otra?			☐	☐
16. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad relacionada al Sistema Respiratorio , tales como: asma bronquial, bronquitis crónica, rinitis alérgica, tuberculosis pulmonar o alguna otra?			☐	☐
17. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad relacionada al Sistema Nervioso o Cerebrovascular , tales como: depresión, crisis nerviosa, epilepsias, hemiplejía, polineuritis, infarto cerebral, discapacidad intelectual, vértigos, convulsiones, meningitis, migrañas o alguna otra?			☐	☐
18. ¿Alguno de sus padres o hermanos tiene o ha tenido alguna enfermedad del corazón, vascular, soplos, arritmias, o alguna otra condición médica?			☐	☐
19. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad relacionada al Sistema Músculo Esquelético , tales como: de artritis reumatoide, neuritis, osteoporosis, lumbago, hernia discal, escoliosis u otros padecimientos de la columna vertebral u otros trastornos?			☐	☐
20. ¿Ha tenido usted algún accidente, herida o fractura?			☐	☐
21. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad relacionada al Sistema Otorrinolaringológico u Oftalmológico , tales como: amigdalitis a repetición, otitis, laberintitis, mala audición u otros, visión defectuosa, glaucoma, cataratas u otros padecimientos de la vista, de los oídos y/o garganta?			☐	☐

	Sí	No
22. ¿Padece o ha padecido de alguna enfermedad relacionada al Sistema Genital , tales como: infecciones de transmisión sexual, gonorrea, sífilis, clamidia, infección por virus del papiloma humano, herpes, o enfermedad relacionada al virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH SIDA)?	☐	☐
23. ¿En caso de ser masculino : ¿padece o ha padecido de alguna enfermedad relacionada a la próstata, testículos, varicocele u otros padecimientos relacionados a los órganos reproductivos masculinos?	☐	☐
24. En caso de ser femenino : ¿Padece o ha padecido de dolor pélvico, endometriosis, cervicitis, enfermedades de los senos, ovarios, trompas, trastornos menstruales o desórdenes de los órganos reproductivos de la mujer?	☐	☐

Si alguna de las preguntas anteriores ha sido contestada afirmativamente, sírvase dar detalles a lo solicitado:

Núm. preg.	Solicitante	Diagnóstico	Fecha diagnóstico	Estado actual	Nombre del médico	Teléfono del médico

4. Cesión de derecho (en caso de ser cedida a una institución)

Institución	RNC	Monto RD\$	Monto US\$	Teléfono	Núm. Sucursal

Condiciones para la Distribución de la Indemnización a los Beneficiarios

Excepto que se indique lo contrario: los beneficios habrán de dividirse equitativamente entre todas las personas designadas como Beneficiarios Primarios y que sobrevivan al Asegurado, pero si ninguno sobreviviera, los beneficios se distribuirán equitativamente entre todas las personas designadas como Beneficiarios Secundarios que sobrevivan al Asegurado.

Ninguna cobertura entrará en vigencia antes de haber concluido el proceso de evaluación de riesgo y sea considerado como riesgo asegurable por La Compañía, para esto será necesario cumplir con las siguientes condiciones:

1.Sea sometido un monto igual a la primera prima completa 2. Hayan sido completados todos los requisitos de selección, incluyendo cualesquiera exámenes médicos requeridos por La Compañía 3. El prospecto asegurado es en la fecha de aceptación del riesgo, asegurable para el seguro, exactamente como se solicitó, de acuerdo con las políticas de La Compañía.

Ningún Intermediario tiene autoridad para alterar los términos o condiciones de esta solicitud.

La cantidad de seguro que puede ponerse en efecto antes de la entrega de la póliza solicitada, nunca excederá de RD\$ 300,000.00; no obstante, la prima recibida por La Compañía. Si no se cumplen las condiciones arriba mencionadas, la responsabilidad de La Compañía se limitará a la devolución de la prima recibida.

.....

Convengo en que las respuestas anteriores forman parte de mi solicitud, la cual consta de la primera y segunda parte conjuntamente. Expresamente renuncio, en mi propio nombre y en el de cualquier persona que tuviere o reclamare algún interés en cualquier póliza en virtud de esta solicitud, a todas las disposiciones de la ley que le prohíban a un médico u otra persona que me haya asistido o examinado, o que pueda asistir o examinar en lo sucesivo, revelar todo conocimiento o información adquirida por tal médico. SEGUROS RESERVAS, S.A. está autorizada a revelar ésta u otra información a cualquier otra Compañía de Seguros y/o a cualquier entidad gubernamental reguladora del Sistema Financiero y de Seguros.

Declaro libre, voluntariamente y afirmo bajo la fe del juramento, que todos los datos y documentos en el presente formulario son correctos y completos, que no he omitido ni falseado ninguno de los datos al respecto, siendo en consecuencia en todo su contenido y sus anexos, fieles conforme a la expresión de la verdad. Que en caso de comprobarse alguna omisión o declaración incorrecta o incompleta puede resultar en la negación de un reclamo o la modificación del contrato o que sea rescindida la Póliza de Seguros. So pena de lo establecido en las leyes de la República Dominicana, hecho, leído y firmado.

Por este medio, AUTORIZO expresamente a SEGUROS RESERVAS, para realizar las consultas y revisión de mi historial crediticio en cualesquiera de las Sociedades acreditadas en el país, para fines de la evaluación de riesgo relacionadas a la solicitud de cotización o póliza de este seguro durante la vigencia de la misma. Asimismo, declaro que conozco la naturaleza y el alcance de la información que será solicitada, para el uso exclusivo de SEGUROS RESERVAS.

Firmado en: _____ Fecha:

Día	Mes	Año			

Firma y Sello del Solicitante
(Sello aplica para empresas)

Firma y código del Intermediario

Firma del Representante Seguros Reservas

Nota: Firma proporcionada debe coincidir con firma de cédula, a menos que sea firma electrónica.