

Datos de la Compañía o Entidad Solicitante

Empresa _____
 Persona Física _____ Apellidos _____ Nombres _____
 RNC _____ Cédula _____ Nueva _____
 Cargo u Ocupación _____ Nivel Académico/Profesión _____
 Vehículo Sí No Marca _____ Modelo _____
 Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento/Const. _____
 Dirección de Cobro _____ Calle y número _____ Apartamento y Edificio _____
 _____ Sector _____ Ciudad _____
 Dirección Domicilio (si la dirección es distinta a la de cobro) _____ Calle y número _____ Apartamento y Edificio _____
 _____ Sector _____ Ciudad _____
 Vivienda: Propia Alquilada Vigencia del seguro desde _____ hasta _____
 Teléfono Res. _____ Oficina _____ Fax _____
 Celular _____ Dirección de Correo Electrónico _____
 Dirección donde desea le sean remitidos los documentos: Asegurado Contratante Intermediario Dirección Comercial Dirección Residencial

Especificaciones del Seguro Solicitado

Seguro solicitado
 Seguro de Vida Colectivo Seguro Accidentes Personales Colectivo
 Fecha de inicio de la Vigencia del Seguro: _____
 _____ Día _____ Mes _____ Año _____
 Forma de Pago Prima: Mensual Trimestral Semestral Anual
 Cantidad de empleados con derecho al seguro: _____
 Contribuirán los empleados al pago de la prima: Sí No
 En caso afirmativo, detalle la base de la contribución _____
 RD\$ Pesos Dominicanos US\$ Dólares

Tipos de Tarifa para la suma asegurada

- Todos a Suma Fija Cantidad de años en la empresa
 Múltiplo Salarial Salario de acuerdo a los años en la empresa
 Por rango salarial Posición o cargo de empleado en la empresa
 Tiempo del empleado en la empresa más el salario multiplicado por una cantidad X, sin exceder el límite máximo.

Suma asegurada según Tipo de Tarifa

Rango de Salario	Multiplo	Posición	Suma Asegurada

Coberturas de Vida

Descripción	Suma Mínima	Suma Máxima	Tarifa
1 BASICA DE VIDA			
2 MUERTE ACCIDENTAL Y DESMEMBRAMIENTO			
3 PAGO ANTICIPADO DE CAPITAL			
4 MUERTE ACCIDENTAL			
5 ULTIMOS GASTOS			
6 GASTOS MEDICOS			

Antecedentes de la compañía

Existe en vigor algún contrato de Seguro Colectivo sobre sus empleados similar al que ahora solicita? Sí No
 Ha existido tal contrato anteriormente? Sí No
 En caso afirmativo, indique nombre de la compañía _____
 Fecha de vencimiento del contrato _____
 _____ Día _____ Mes _____ Año _____

Requisitos de Asegurabilidad de los Empleados

Tendrán derecho a solicitar el seguro todos los empleados que estén actualmente al servicio del patrono, que figuren en la nómina y que en la fecha efectiva del seguro hayan cumplido un periodo de _____ de servicio continuo, siempre que entonces estén trabajando al servicio del patrono durante las horas ordinarias y a sueldo regular.
 Todos los empleados nuevos tendrán derecho a solicitar el seguro luego de cumplir _____ de servicio continuo, siempre que estén trabajando al servicio del patrono durante las horas ordinarias y a sueldo regular.
 Empleados que no tendrán derecho a solicitar seguro: _____

Coberturas de Accidentes Personales

Descripción	Suma Mínima	Suma Máxima	Tarifa
1 MUERTE ACCIDENTAL			
2 INCAPACIDAD Y PERDIDA ORGANICA			
3 PERDIDA ORGANICA			
4 INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD TOTAL Y TEMPORAL			
5 INDEMNIZACION POR INCAPACIDAD PARCIAL Y TEMPORAL			
6 GASTOS MEDICOS			
7 ULTIMOS GASTOS			
8 AMBULANCIA			
9 GASTOS ODONTOLOGICOS			

Yo, el suscrito patrono, solicito de SEGUROS UNIVERSAL, un seguro colectivo con las especificaciones de esta solicitud, sobre la vida de los empleados actuales y futuros, incluidos regularmente en la nómina de la entidad solicitante, conengo en que si SEGUROS POPULAR, acepta esta solicitud, el seguro deberá iniciar vigencia en la fecha antes mencionada, o inmediatamente despues que la Compañia reciba el pago de las primas y acepte como valida la solicitud, así como también las tarjetas de solicitud de seguro, debidamente completadas por los empleados con derecho al seguro.

El solicitante autoriza expresa e irrevocablemente a SEGUROS POPULAR, 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 suscriptoras de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de SEGUROS UNIVERSAL 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 expresy 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 causahabiente a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del artículo 1120 del Código Civil.

Fecha

Día		Mes		Año		

_____ Patrono

Forma de pago de prima

Efectivo Pago Automático (*) Si es Pago Automático, Favor Autorizar: Cargar a Cuenta Cargar a Tarjeta

Nombre del Banco _____

Corriente

De Ahorros

25 % prima más Anual Semestral Mensual Trimestral

Número de Cuenta:

--	--	--	--	--

Número de Tarjeta:

--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha de Vencimiento:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Informe del Intermediario

Están todos los empleados que han solicitado el seguro trabajando durante las horas ordinarias y a sueldo regular? Si No

En que fecha se deducirá en la nómina la primera contribución mensual o semanal de los empleados?

Día		Mes		Año		

El período cubierto por la primera deducción abarca: desde

Día		Mes		Año		

 hasta

Día		Mes		Año		

Ejecutivo principal de la empresa _____ Apellidos _____ Nombres _____

Cargo _____

Administrador del grupo _____ Apellidos _____ Nombres _____

Cargo _____

Ha intervenido en la obtención de esta solicitud algún otro agente o corredor, además de los que firmarán más abajo? Si No

Si es positivo, indicar nombres _____ Apellidos _____ Nombres _____

Se ha hecho algún pago a cuenta de la primera prima? Si No Si es afirmativo, indicar monto RD\$ _____

Indicar tarifa exacta que se ha usado para calcular la prima de salud de cada asegurado, de acuerdo al plan ofertado _____

Observaciones: _____

_____ Intermediario

--	--	--	--	--	--

 Código

_____ Supervisor

--	--	--	--	--	--

 Código _____ Gerente de Negocios

_____ Gerente Administrativo _____ Oficina Suscriptora Fecha Aceptación

Día		Mes		Año		

(*) La Renovación de esta modalidad de pago es automática, si desea suspender la modalidad de pago automático, debe solicitarlo con antelación mínima de 15 días, en cualquiera de las sucursales de Seguro Universal.