

Tipo de Novedad

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Emisión / Suscripción | <input type="checkbox"/> Inclusión Asegurado | <input type="checkbox"/> Exclusión Asegurado | <input type="checkbox"/> Duplicado de Carnet |
| <input type="checkbox"/> Cambio Plan / Parentesco | <input type="checkbox"/> Inclusión Dependiente | <input type="checkbox"/> Exclusión Dependiente | <input type="checkbox"/> Transferencia |

Datos Generales

Nombre Contratante: _____

Número de Póliza: _____

Producto: HealthCare GoldMed **¿En caso de Gold Med, desea cobertura ambulatoria local? Sí No**

Cédula _____ RNC _____

Nombre del Titular/ Dependiente	Cantidad Dependientes	Número de Póliza a Transferir	Nuevo Plan	Parentesco

Datos del Solicitante

Apellidos _____ Vivienda: Propia Alquilada

Nombres _____ Nivel Académico/Profesión _____

Sexo: Masculino Femenino Lugar de nacimiento _____ Estatura: _____ Pies _____ Pulgs. _____ Peso: _____ Lbs.

Fecha de nacimiento _____ Edad: _____ Años Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo

Cédula o Pasaporte: _____ Vehículo Sí No Modelo: _____

Dirección _____ Calle y número _____ Marca _____

_____ Sector/Ciudad _____

Teléfono: Res. _____ Oficina _____ **Contrante o dueño de la póliza:** El asegurado Empresa Otro

Celular _____ Si es otro, indique: _____

Correo electrónico: _____ Nombres _____

Empresa donde labora: _____ Apellidos _____

Actividad del Negocio: _____ Cédula _____ RNC _____

Dirección _____ Calle y número _____

_____ Sector/Ciudad _____ Dirección Comerc. _____

_____ Sector/Ciudad _____ Dirección Res. _____

_____ Sector/Ciudad _____

Labor que realiza: _____ Teléfono Res. _____ Oficina _____

Tiempo realizando esta actividad: _____ Celular _____

Dirección donde desea le sean remitidos los documentos: Asegurado Contratante Intermediario Dirección Comercial Dirección Residencial

Datos de los Dependientes

No. Solic.	1er. Nombre	2do. Nombre	1er. Apellido	2do. Apellido	Cédula	Fecha de Nacimiento			Sexo F / M	Estatura Pies/Pulgadas	Peso Libras	Parentesco
						Día	Mes	Año				
1												--Esposa (o)
2												-- Hija (o)
3												--- Hija (o)
4												--- Hija (o)
5												--- Hija (o)

Historia Familiar

¿Fuma? Sí No Si es afirmativo, indique:

Tipo: _____

Frecuencia: _____ Cantidad: _____

No. del solicitante: _____

No. de años fumando: _____

¿Bebidas Alcohólicas? Sí No Si es afirmativo, indique:

No. del solicitante: _____

Frecuencia: _____ Cantidad: _____

Quien de los solicitantes: _____

Parentesco	Vivos		Fallecidos	
	Edad	Estado de Salud	Edad	Causa
Padre				
Madre				
Hermanos:1				
2				
3				
4				
5				

Seguros Universal, C. por 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.

Declaro que, a mi leal saber y entender, las informaciones dadas en este formulario son veraces y completas, y entiendo que dicho formulario formará parte integrante de cualquier contrato de seguro que se emita como consecuencia de esta solicitud y estoy conciente de que la declaración falsa u omisión de información solicitada puede dar derecho a la Compañía a rechazar cualquier reclamación.

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 mi 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 SEGUROS UNIVERSAL, C. POR 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 SEGUROS UNIVERSAL, C. POR 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.

FECHA

Día	Mes	Año					

SOLICITANTE

CONTRATANTE

Manuel O. Matos Brea & Asociados

INTERMEDIARIO

CÓDIGO

--	--	--	--	--

GERENTE DE NEGOCIOS

GERENTE DEPTO. SALUD INTERNACIONAL

Fecha de Aceptación

Día	Mes	Año					

Sólo debe ser llenado por la compañía

Dictamen: Aprobado Declinado Postergado

Exclusiones: _____

Observaciones: _____

Fecha:

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

FIRMA