

**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: \_\_\_\_\_

Corre electrónico: \_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_

Empresa donde labora: \_\_\_\_\_ Apellidos: \_\_\_\_\_

Actividad del Negocio: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_ RNC: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Calle y número: \_\_\_\_\_ Dirección Comerc.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sector/Ciudad

\_\_\_\_\_ Sector/Ciudad

Dirección Res.: \_\_\_\_\_ Calle y número: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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?  Si  No Si es afirmativo, indique:

Tipo: \_\_\_\_\_

Frecuencia: \_\_\_\_\_ Cantidad: \_\_\_\_\_

No. del solicitante: \_\_\_\_\_

No. de años fumando: \_\_\_\_\_

¿Bebidas Alcohólicas?  Si  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 dada 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 reponsabilidad 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