

1. Datos del Solicitante

Nombres y apellidos del solicitante: _____

Cédula/pasaporte: _____ Sexo: F ☐ M ☐ Fecha nacimiento: DD MM AAAA

Lugar de nacimiento: _____ Estado civil: Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Unión libre ☐

Nivel académico: Primaria ☐ Secundaria ☐ Universitario ☐ Post-grado ☐ Maestría ☐ Tipo de vivienda: Propia ☐ Alquilada ☐

Ocupación: _____ Ingresos mensuales (RD\$): _____

Nombre de la empresa: _____ ¿Desde cuándo labora en la empresa? DD MM AAAA

Suma Asegurada (RD\$): _____ Correo electrónico: _____

2. Dependientes Asegurados (Aplica solo para Asistencia Funeraria)

Nombres y Apellidos Completos	Cédula o Pasaporte	Sexo	Parentesco	Fecha nacimiento (DD/MM/AAAA)

3. Beneficiarios Seguro de Vida

Nombres y Apellidos Completos	Cédula o Pasaporte	Sexo	Parentesco	Porcentaje	Fecha nacimiento (DD/MM/AAAA)

¿Es usted o algún miembro de su familia (incluye cónyuge, suegros, yernos, nueras y cuñados, padrastos e hijastros, padres e hijos, abuelos, hermanos, nietos) o relacionado (incluye asociados, empleados que realicen operaciones en nombre del mismo), un alto funcionario por elección o nombramiento ejecutivo, actual o anterior, en cualquier rama del gobierno ejecutivo, legislativo o judicial, en el territorio nacional o extranjero?

Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es "Sí", favor proveer la siguiente información:

Nombre completo: _____ Puesto que ocupa/ ocupó: _____

País donde ejerce/ ejercía: _____ Periodo: _____ al _____

4. Declaración Jurada Estado de Salud Asegurados

	Sí	No
1. ¿Goza usted de buena salud en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Usted fuma actualmente o ha sido fumador de cigarrillos, cigarrillos eléctricos, vaper, hooka o algún otro? en caso afirmativo, Indicar cual: _____ ¿Desde cuándo? _____ ¿Cuántos cigarrillos al día? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1. ¿Dejó usted de fumar? en caso afirmativo ¿Desde cuándo? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Consume bebidas alcohólicas? en caso afirmativo ¿Desde cuándo? _____ Tipo: _____ Cantidad semanal: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Practica algún deporte o hobby? Especifique cuál: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Ha usado 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Declaración Jurada Estado de Salud Asegurados	Sí	No
7. ¿Tiene usted o alguno de sus dependientes prevista alguna intervención quirúrgica, tratamiento, examen o consulta médica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Está usted embarazada? en caso afirmativo, indicar las semanas de embarazo: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En caso de respuesta (s) afirmativa (s), especifique el diagnóstico, fecha, médico, clínica y estado actual:

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 la entrega de la Póliza solicitada hasta que las siguientes condiciones sean cumplidas:

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 Asegurado prospecto es en la fecha indicada debajo, 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.

Convento 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:

DD	MM	AAAA
----	----	------

Firma y Sello del Solicitante
(Sello aplica para empresas)

Firma y código del Intermediario

Nota: Firma proporcionada debe coincidir con firma de cédula.