

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			

