

FORMULARIO DE SOLICITUD

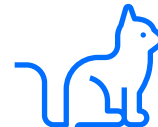
DATOS DEL SOLICITANTE

| | | | |
|--|-------------------------------|---|------------------------------|
| Nombre (s) | | | |
| Apellido (s) | | | |
| <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte | | Nacionalidad | |
| Teléfono Residencial | | Teléfono Oficina | Teléfono Celular |
| Correo Electrónico | | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | Fecha de Nacimiento DDMMAAAA |
| Profesión | | Ocupación/Cargo | |
| Empresa | | Dirección donde labora | |
| <input type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Avenida <input type="checkbox"/> Autopista | | | |
| Número | Nombre Edificio o Residencial | | Apartamento |
| Piso | | Bloque | Sector |
| Municipio / Ciudad | | Provincia | |

DATOS DE LA MASCOTA

El presente seguro sólo cubre Perros y Gatos. Edad de ingreso desde 3 meses hasta 9 años de edad. El seguro cubre una sola mascota que es la relacionada con esta solicitud.

| | | | | | |
|---|-------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Nombre de la mascota | | | | Raza | |
| <input type="checkbox"/> Perro | <input type="checkbox"/> Gato | <input type="checkbox"/> Macho | <input type="checkbox"/> Hembra | <input type="checkbox"/> Fértil | <input type="checkbox"/> Castrado |
| Color | | Fecha de Nacimiento DDMMAAAA | | | |
| Tamaño de la mascota <input type="checkbox"/> Pequeño (hasta 10kg) <input type="checkbox"/> Mediano (11 a 25 kg) <input type="checkbox"/> Grande (26 a 40 kg) <input type="checkbox"/> Gigante (más de 40 kg) | | | | | |
| No. Microchip | | Características Especiales (marcas, manchas) | | | |



PLANES PARA PERROS

PLANES PARA GATOS

Estos precios tienen el impuesto incluido

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Plan Cachorro RD\$ 870 Mensual RD\$ 10,440 Anual | <input type="checkbox"/> Plan Canino RD\$ 1,230 Mensual RD\$ 14,760 Anual | <input type="checkbox"/> Plan Manchas RD\$ 1,590 Mensual RD\$ 19,080 Anual | <input type="checkbox"/> Plan Minino RD\$ 860 Mensual RD\$ 10,320 Anual | <input type="checkbox"/> Plan Felino RD\$ 1,210 Mensual RD\$ 14,520 Anual |
|---|---|--|---|---|

| | |
|---|---|
| Medio de pago <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Tarjeta de crédito <input type="checkbox"/> Transferencias bancarias | Forma de pago <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual |
|---|---|

INFORMACIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA

- Empleado/Asalariado Propietario/Socio Jubilado/Pensionado Inversionista/Prestamista Independiente Estudiante
- Ama de casa Otro ¿Cuál?

INFORMACIÓN FINANCIERA

Ingresos mensuales actividad principal Menos de RD\$20 mil RD\$20 mil a RD\$50 mil RD\$50 mil a RD\$100 mil Más de RD\$100 mil

Otros ingresos promedio mensual RD\$ aproximados.

Descripción actividad económica de otros ingresos (actividad secundaria)

¿Ha manejado o maneja recursos públicos durante los últimos 3 años? SI NO Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Ha poseído o posee algún grado de poder público durante los últimos 3 años? SI NO Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Es persona reconocida o de influencia pública? SI NO Si su respuesta es afirmativa, especifique

¿Es afirmativa alguna de las preguntas anteriores para su cónyuge, padres,

abuelos, hijos, nietos, suegros, nueras o yernos?

DECLARACIÓN DE VERACIDAD Y AUTORIZACIÓN DE VERIFICACIÓN Y CONSULTA DE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Declaro bajo la fe del juramento, y bajo pena de perjurio, de forma libre, consciente, expresa y voluntaria que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa, y que el seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea aceptado por Seguros SURA S.A.

Autorizo expresa e irrevocablemente a Seguros SURA S.A. para que verifiquen y consulte toda la información proporcionada en este formulario en cuantas bases de datos, centros de información crediticia, o cualquier otra institución o empresa, locales o extranjeras, sea necesario, bajo el amparo de la Ley No. 172-13, del 15 de diciembre del 2013, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal, y cualquier otra legislación aplicable.

AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN Y CESIÓN DE INFORMACIÓN SUMINISTRADA

Autorizo expresa e irrevocablemente a Seguros SURA S.A. para que, en caso de ser necesario puedan ceder la información proporcionada en este formulario, incluyendo datos de carácter personal, reconociendo y garantizando que la cesión de dichas informaciones por parte de Seguros SURA S.A., sus empleados, directores y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal, ni generará responsabilidad a los efectos del Artículo 1382 y siguientes del Código Civil. Tampoco supondrá una violación a los términos de la Ley 172-13 sobre la Protección de Datos de Carácter Personal. Por este medio renuncio expresa y formalmente al ejercicio de cualquier acción o demanda legal, manteniendo libre e indemne de toda reclamación a Seguros SURA S.A. sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del Artículo 1120 del Código Civil y de las disposiciones de la Ley 155-17, de 1 de junio de 2017 contra el Lavado de Activos y el Financiamiento del Terrorismo.

Seguros SURA S.A., se reservan el derecho de solicitar información y documentos adicionales para dar cumplimiento a las normas de prevención de lavado de activos de las que sean sujetos obligados. En caso de que el solicitante no suministre las informaciones o documentos requeridos, Seguros SURA S.A., se reservan el derecho de declinar o cancelar la póliza solicitada.

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| Fecha | Fecha |
| Firma del Solicitante | Firma del Representante |