

Favor completar esta solicitud con letra de molde. No debe omitir ninguna información.

1. Datos Generales del Contratante/Dueño de la Póliza (Sólo si es diferente al propuesto Asegurado)

1.1 Persona Jurídica:

Nombre de la empresa o razón social _____ R.U.C.

Representante Legal: _____

1.2 Persona Natural:

1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Apellido de Casada: _____

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____ Sexo: ☐ F ☐ M

Cédula: /Pasaporte _____ Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

2. Datos Generales del Contratante/Dueño de la Póliza

2.1 Datos personales

1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Apellido de casada: _____

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____ Sexo: ☐ F ☐ M

Tipo de Identificación: ☐ Persona Física ☐ Persona Jurídica ☐ Cédula de Residencia ☐ Gobierno ☐ Pasaporte ☐

Institución Autónoma ☐ Permiso Trabajo ☐ Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Número de Identificación: _____ Nacionalidad: _____

Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Otros: _____

Teléfonos Residencia: _____ Celular: _____ Oficina: _____

Apartado postal donde desea recibir correspondencia: _____ E-mail: _____

Lugar de Nacimiento: _____

Nombre completo del cónyuge: _____ Ciudad _____ / _____ País _____ Cédula: _____

Fecha de nacimiento del cónyuge: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Nacionalidad: _____

¿Tiene hijos? ☐ Si ☐ No ¿Cuántos? _____ Fecha de nacimiento del hijo menor: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

2.2 Dirección Residencial

Calle o Avenida: _____ Casa o Edificio/Condominio: _____

No Apartamento: _____ Urbanización/Área Poblada: _____ Provincia: _____

Distrito: _____ Corregimiento: _____ País: _____

2.3 Datos de Trabajo

Ocupación/Actividad Económica: _____ ¿Cuánto tiempo lleva en esta ocupación? _____

Describe sus funciones: _____

Ingreso Mensual Aproximado: _____

Empresa donde trabaja: _____ Sitio Web: _____

E-mail: _____ Número de Fax: _____ Cantidad de Empleados: (sólo para empresas) _____

Nombre del Patrono: _____ Teléfono del Patrono: _____

Cuenta Cliente: _____ Banco Emisor: _____

3. Responsable de Pago: Completar solo si es distinto al Asegurado

3.1 Persona Jurídica

Nombre de la empresa o razón social: _____

3.2 Persona Física

1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Apellido de casada: _____

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____ Sexo: ☐ F ☐ M

Número de Identificación: _____ Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

3.3 Dirección de Cobros

Calle o Avenida: _____ Casa o Edificio/Condominio: _____

No. Apartamento: _____ Urbanización/Área Poblada: _____ Provincia: _____

Distrito: _____ Corregimiento: _____ País: _____

Apartado postal donde desea recibir correspondencia: _____ E-mail: _____

Teléfonos Residencia: _____ Celular: _____ Fax: _____ Oficina: _____

4. Forma de Pago

1- Descuento directo de tarjeta de crédito ☐

Banco: _____

Nº de tarjeta: _____

☐ Master Card ☐ Visa ☐ AMEX ☐ Diners

Vencimiento: Mes _____ Año _____

Favor firmar autorización de descuento: _____

2- Transferencia electrónica ACH ☐

3- Desc. Directo Cuenta Corriente ☐

4- Transferencia de fondos
(Banca en Línea) ☐

5- Pago Voluntario ☐

5- Descuento planilla ☐

Día de Pago: _____

Forma de Pago: Mensual ☐

Trimestral ☐

Semestral ☐

Bimestral ☐

Cuatrimstral ☐

Anual ☐

5. Datos del Bien Asegurado

5.1 Ubicación del Riesgo

Corregimiento: _____ Urb: _____ Calle: _____

Nombre del Edificio: _____ No. de Casa o Apto.: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____

Vigencia: Desde: _____ Hasta: _____

5.2 Clase de Bien:

Actividad del negocio: _____

Cantidad de Mts. cuadrados: _____ Total de Planilla B/. _____ Total de la Venta B/. _____

Valor del Contrato: _____ Número de Vehículos: _____

6. Bienes Asegurados

Tipo de Ri esto a cubrir:

Favor señale el cuadro correspondiente

Responsabilidad Civil para Fabricantes y Contratistas ☐

Responsabilidad Civil Patronal ☐

Responsabilidad Civil Extracontractual de Predios y Operaciones ☐

Responsabilidad Civil General Comprensiva ☐

Responsabilidad Civil Propietarios, Arrendatarios e Inquilinos ☐

Responsabilidad Civil Comprensivo Personal ☐

Responsabilidad Civil de Productos ☐

Pagos Medios Respecto a Locales ☐

Coberturas	Límite de Responsabilidad	Deducible
Lesiones Corporales <input type="checkbox"/>		
Daños a la Propiedad ajena <input type="checkbox"/>		
Gastos Medicos <input type="checkbox"/>		
Limite Unico Combinado (endoso) <input type="checkbox"/>		
Responsabilidad Legal-Daños por incendio (endoso) <input type="checkbox"/>		

Lucro Cesante ó Pérdida de Renta: _____ % B/. _____ B/. _____ máx. men.por _____ meses.

¿Existen otros seguros sobre los mismos bienes en ésta u otra compañía? Si ☐ No ☐ S/A Total: _____

Reclamos en los últimos 5 años: Si ☐ No ☐ Monto: _____

Observaciones: _____

Corredor de seguros-Lic. No. _____

Firma del solicitante _____

Fecha _____