

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: _____ Ciudad / País _____

Nombre completo del cónyuge: _____ 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? _____

Describa 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
Bimestral

Trimestral
Cuatrimestral

Semestral
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 Riesgo a cubrir:

Favor señale el cuadro correspondiente

Responsabilidad Civil para Fabricantes y Contratistas	<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil Patronal	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad Civil Extracontractual de Predios y Operaciones	<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil General Comprensiva	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad Civil Propietarios, Arrendatarios e Inquilinos	<input type="checkbox"/>	Responsabilidad Civil Comprensivo Personal	<input type="checkbox"/>
Responsabilidad Civil de Productos	<input type="checkbox"/>	Pagos Medios Respecto a Locales	<input type="checkbox"/>

Coberturas	Límite de Responsabilidad	Deductible
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"/> <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