

**SEGURO DE INCENDIO Y/O RAYO
SOLICITUD DE SEGURO**

I.- DATOS DEL ASEGURADO PERSONA NATURAL O REPRESENTANTE LEGAL DEL CONTRATANTE

Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido de casada	
Lugar de Nacimiento:				Fecha de Nacimiento			Edad:		Nacionalidad:
				Día:	Mes:	Año:			
Tipo de identificación						Número de identidad		Numero de RTN:	
Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/>		Pasaporte <input type="checkbox"/>		Carné de residente <input type="checkbox"/>					
Sexo		Estado Civil				Nombre completo del cónyuge o Pareja:			
M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	S <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	V <input type="checkbox"/>	U.L. <input type="checkbox"/>				
Dirección completa de residencia incluyendo Departamento y Municipio:									
Teléfono de Residencia:			Teléfono Celular:			Fax No.:			
Correo electrónico:					Profesión, ocupación, oficio o actividad económica:				
Nombre y Giro del Negocio (Si aplica):									
Nombre de la empresa donde labora:			Posición /Cargo que desempeña:			Tiempo de laborar en la empresa:			
Dirección completa de la empresa donde labora incluyendo Departamento y Municipio:									
Teléfono del trabajo:		Fax No.:		Correo electrónico:			Sitio web:		
Especificar detalladamente la fuente de ingreso y/o origen de los recursos:				Nivel aproximado de Ingreso según el Salario Mínimo mensual vigente (SMMV) en Lps.:					
				De 0-10,000.00 <input type="checkbox"/> De 10,000.01-15,000.00 <input type="checkbox"/> De 15,000.01-30,000.00 <input type="checkbox"/> De 30,000.01-40,000.00 <input type="checkbox"/>					
				De 40,000.01-80,000.00 <input type="checkbox"/> De 80,000.01-100,000.00 <input type="checkbox"/> De 100,000.01 en Adelante <input type="checkbox"/>					
Ha Desempeñado un Cargo Público en los últimos cuatro (4) años? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Nombre de la Institución?									
Actúa usted por cuenta propia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es No en Nombre de quién?									

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA JURÍDICA CONTRATANTE

Razón o Denominación Social:			Nombre Comercial:			No. R.T.N.		
Dirección de la Oficina Principal incluyendo Departamento, Municipio/Ciudad:								
Número de Teléfono		Número de Fax		Correo electrónico			Fecha de Constitución:	
Objeto social y/o actividad económica:								
Departamentos y/o Países donde opera el negocio:								
Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación:								
Nombre Completo			Numero de Identidad			% Participación		
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								

Continúa.....Detalle de la estructura de Propiedad y Control de la sociedad; describa quienes son los socios, accionistas o propietarios y sus porcentajes de Participación:

Nombre Completo	Numero de Identidad	% Participación
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Favor Detallar dos referencias bancarias o comerciales 1: _____ 2: _____

Monto aproximado Anual de: Total de Activos: _____ Total de Ventas: _____ Ingresos Anuales: _____

Indicar si forma parte de un Grupo Financiero o económico? Sí No Detallar a cual pertenece: _____

Detalle al menos dos Proveedores Principales 1: _____ 2: _____

Especificar detalladamente la fuente de ingresos de la persona Jurídica: _____

III.- DIRECCIÓN DE COBRO

 Los cobros se realizaran en: Domicilio Lugar de trabajo

Barrio o Colonia	Calle o Avenida	Bloque
Casa No.	Ciudad o Municipio	Departamento
Otra Referencia		
Teléfono	Fax No.	E-Mail
		Apdo. Postal

IV.- UBICACIÓN DE LOS BIENES POR ASEGURAR Si es la misma de arriba marque aquí: Si no es la misma llene el siguiente cuadro:

Barrio o Colonia	Calle o Avenida	Bloque
Casa No.	Ciudad o Municipio	Departamento
Teléfono	Fax No.	E-Mail
		Apdo. Postal
Ocupación de los Bienes a Asegurar:		

V.- VIGENCIA

 Duración: _____ Desde _____ / _____ / _____ a las 12:00 del mediodía Hasta: _____ / _____ / _____ a las 12:00 del mediodía
 Día Mes Año Día Mes Año

VI.- DATOS DEL BENEFICIARIO O ACREEDOR

 Relación Financiera: Personal:

Nombre Completo o Razón Social	Número de Identificación:	Hasta por la suma de:
--------------------------------	---------------------------	-----------------------

VII.- NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL BIEN

--

VIII.- COBERTURAS

Cobertura Básica:	Amparado/Excluido
Incendio originado por causas fortuitas, así como el impacto directo de rayo (descarga eléctrica atmosférica).	Amparado
Coberturas Adicionales:	
✓ Terremoto, temblor y/o erupción volcánica incluyendo incendio a consecuencia de terremoto.	
✓ Motín, huelgas y/o alborotos populares.	
✓ Daño malicioso.	
✓ Caída de naves aéreas, objetos caídos de las mismas y/o colisiones de vehículos terrestres.	
✓ Huracán, tifón, tornado, ciclón, vientos tempestuosos y/o granizo.	
✓ Inundación, maremoto y/o rebose de mar.	
✓ Explosión.	
✓ Derrumbe total del bien asegurado y/o derrumbe parcial que afecte la estabilidad del mismo, ocurrido en forma súbita e imprevista.	
✓ Deslaves, movimientos de tierra, deslizamiento, hundimiento y/o ablandamiento de terreno.	
✓ Filtración de aguas lluvias y/o aguas negras	
✓ Otras según cláusula No. 22 de las condiciones generales (detallar)	

IX.- DETALLE DE SUMAS ASEGURADAS
MONEDA: LPS:
US\$:

Descripción	Suma Asegurada
1.- Edificios (sin incluir el valor de los terrenos y cimientos)	
2.- Mejoras e Instalaciones	
3.- Contenido	
a) Menaje de casa	
b) Mobiliario y equipo de oficina	
c) Maquinaria, Equipo y Herramientas	
d) Mercadería de tienda	
e) Mercadería de bodega	
f) Materia prima	
g) Mercadería o Producto terminado	
h) Producto en proceso <input type="checkbox"/>	
4.- Rentas: Renta mensual Periodo de Indemnización Meses	
5.- Cristales (adjuntar detalle)	
6.- Rótulos <input type="checkbox"/>	
7.- Interrupción de Negocios Periodo de Indemnización Meses	
8.- Otros (Especifique)	
Tasa al Millar: _____	Total Suma Asegurada
	Prima Neta
	Impuesto sobre ventas
	Gastos de Emisión
	Prima Total

X.- FORMA DE PAGO

No. de Pagos:	Primer Pago:	Demás Pagos:
---------------	--------------	--------------

Elaborar Croquis del bien o bienes asegurados

XI.- INFORMACIÓN ADICIONAL

a) Mantiene pólizas suscritas con esta u otra(s) aseguradora(s)?, (especifique: nombre de la aseguradora, tipo de seguro, suma asegurada)

b) Los bienes aquí descritos están o han estado asegurados con otra compañía de seguros? SI NO
 Cuando?, Suma Asegurada?, Con qué Compañía

c) Le han rechazado, cancelado o aceptado algún seguro bajo condiciones especiales? SI NO

Explique:

d) Ha tenido algún siniestro en los últimos 3 años? SI NO A cuanto ascendió la pérdida?, Causas?

e) Se han hecho cambios en el inmueble después del siniestro? SI NO Cuáles?

f) Nombre del contador general Número de colegiación

g) Mantiene su contabilidad en formatos Electrónicos Manuales Ambos

h) Lugar donde mantiene back-up de la información contable:

Por la presente declaramos que todo lo expuesto por nosotros en el Cuestionario y Solicitud está completo y concuerda con la verdad según nuestro leal saber y entender, y por la presente estamos de acuerdo con que este Cuestionario y Solicitud constituyan la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado arriba. Queda estipulado que el asegurador sólo será responsable en concordancia con los términos de la póliza y que el asegurado no presentará ninguna otra reclamación de la naturaleza que fuere. El asegurador tratará esta información con estricta confidencialidad. - Autorizo a Seguros del País, S.A., a poder ingresar a la Central de Riesgo de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros y a las demás centrales de riesgos del País, cuando lo estime conveniente para corroborar la información brindada.

Así mismo declaro que he recibido una copia fiel de las condiciones generales de este seguro, las cuales declaro conocer.

Lugar y fecha:

 Nombre del Solicitante o Representante legal
 según escritura o Poder de Representación

 Firma del Solicitante o Representante legal según
 escritura o Poder de Representación

Nombre del Intermediario	Código del Intermediario	Zona	% de Comisión	Oficial de Negocios