



## SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

## 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 Día: Mes: Año:		Nacionalidad:
Tipo de identificación Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carné de residente <input type="checkbox"/>		Número de identidad		Numero de RTN:
Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Estado Civil S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> U.L. <input type="checkbox"/>		Nombre completo del cónyuge o Pareja:
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?				
Realiza usted Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.				
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:				
La empresa realiza Actividades y Profesiones No Financieras Designadas (APNFD)? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si su respuesta es Si entregar constancia de la CNBS.				
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		
1.				
2.				



3.

Continua.....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
4.	1	
5.		
6.		
7.		
8.		
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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		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 m. Hasta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a las 12:00 m.  
Día Mes Año



VI.- SUMA ASEGURADA Y COBERTURAS

MONEDA: LPS

US\$

Descripción de Cobertura	Suma Asegurada
<p>La Compañía se obliga a indemnizar aquellas sumas por las que el Asegurado pueda ser declarado legalmente responsable por los daños que (ya sea por culpa o por uso de objetos peligrosos) haya causado a terceras personas durante el curso normal de las actividades descritas en las Condiciones Particulares de la Póliza, los daños comprendes: Las lesiones corporales. Enfermedades, Muerte, El deterioro o destrucción de bienes, El daño moral y los perjuicios que resulten como consecuencia directa e inmediata de los daños.</p> <p>Por una persona _____ por dos o mas _____</p> <p>Limite único combinado _____</p>	
<p>Además dentro de los límites de esta cobertura pueden incluirse mediante convenio expreso los Gastos de Defensa, dichos gastos incluyen la tramitación judicial, la extrajudicial, así como los análisis que sean requeridos aun cuando las reclamaciones sean infundadas.</p>	
<p>Otras coberturas amparadas mediante convenio expreso, conforme lo establecido en la Cláusula No. 1 Cobertura de las Condiciones Generales:</p>	

VII.- RESUMEN DE PRIMAS

No.	Detalle	Suma Asegurada	Tasa	Prima Neta
1				
2				
La tasa de Conversión que se utilizo fue de:		Prima Neta		
Forma de Pago:		Impuesto		
		Gastos de Emisión		
		<b>PRIMA TOTAL</b>		

VIII.- EDIFICIOS ASEGURADOS

No.	Descripción	Ubicació	Año de Construcción	Numero de Pisos
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

No.	Área de Terreno	Colindancias con su separación del edificio asegurado en metro			
		Nort	Sur	Este	Oeste
1					
2					
3					
4					
5					



Texto registrado en la Comisión Nacional de Bancos y Seguros según Resolución Registro POL GPU No. 75/09-12-2019.

IX.- INFORMACION ADICIONAL		
a) Número de Empleados	b) Salarios Pagados Anualmente <input type="checkbox"/>	
c) Tiene vigente o ha tenido anteriormente algún Seguro de Responsabilidad Civil	Si	No
¿Con que Compañía?		
d) Describa los siniestros ocurridos en los últimos cinco (5) años indicando fecha, causa y montos pagados por daños a terceros en su propiedad y/o en sus persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Alguna Compañía le ha negado o cancelado algún seguro de Responsabilidad Civil	Si	No

Explique:

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 constituya la base y forme parte de la póliza extendida en relación con el riesgo mencionado arriba. Queda estipulado que la compañía 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 confidencia. Autorizo a Seguros del Pais, 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 Pais, 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

