

SEGURO CONTRA ROBO 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 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?										
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.- TIPO DE RIESGO:

Casa de habitación _____ Apartamento _____ Industria _____ Comercio _____

IX.- RIESGOS CUBIERTOS

Cobertura:	Amparado/Excluido
A) Pérdida por Robo	
Toda pérdida por robo de mercancía, muebles, útiles y equipo, menaje de casa y efectos personales propiedad del Asegurado, del interior del local comercial o domicilio respectivamente ocupado por el Asegurado ocurrido durante el tiempo que permanezca cerrado a operaciones, perpetrado por cualquier persona o personas que penetren ilegalmente al local o domicilio con uso de fuerza y violencia efectivas, de las que queden huellas visibles producidas por herramientas, explosivos, electricidad o sustancias químicas, en el sitio en que se realizó o intentó realizarse la penetración ilegal al local o domicilio.	
B) Daños Materiales	
Todo daño a mercancías, muebles, útiles y equipo contenidos en el local causado por el robo o intento de robo, así como todo daño causado al local, siempre que el Asegurado sea el propietario o resulte legalmente responsable del mismo.	
C) Extensión de la Cobertura	
Las pérdidas o daños sufridos por las mercancías o el local como consecuencia de un robo por asalto a mano armada o intento del mismo, mientras el local se encuentre abierto para operaciones.	

X.- DETALLE DE SUMAS ASEGURADAS

 MONEDA: LPS:

 US\$:

Descripción	Suma Asegurada	Tasa	Prima
a) Menaje de casa			
b) Efectos Personales			
c) Mobiliario y equipo de oficina			
d) Mercadería			
(Favor Anexar inventario de bienes a asegurar)			
	Total Suma Asegurada		
	Prima Neta		
	Impuesto sobre ventas		
	Gastos de Emisión		
	Prima Total		

XI.- FORMA DE PAGO

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

XII.- INFORMACIÓN ADICIONAL

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

 a) 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?

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 confidencia.- 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