

SOLICITUD DE SEGURO MI EMPRESA TOTAL

Fecha de solicitud	Vigencia de la póliza Desde	Hasta
--------------------	-----------------------------	-------

Tipo de NCF Crédito fiscal Consumo Gubernamental Régimen especial

DATOS GENERALES
En caso de ser persona física, favor completar

Nombre completo

No. documento identificación	Tipo de documento <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte	Fecha nacimiento
------------------------------	---	------------------

Sexo <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Nacionalidad <input type="radio"/> Dominicano (a) <input type="radio"/> Otro (indique)
--	---

Estado civil
 Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a) Unión libre

Hijos	Nivel académico <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Postgrado <input type="radio"/> Maestría
-------	---

Dirección calle / avenida	Número	Edificio o plaza
---------------------------	--------	------------------

Sector	Ciudad / municipio
--------	--------------------

Tipo de vivienda <input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Alquilada <input type="radio"/> Otra (especifique)	Teléfono casa	Oficina	Celular
---	---------------	---------	---------

Correo electrónico

En caso de ser persona jurídica, favor completar

Nombre de la empresa	Tipo de entidad <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada
----------------------	--

Dirección calle / avenida	Número	Edificio o plaza
---------------------------	--------	------------------

Sector	Ciudad / municipio
--------	--------------------

Nombre del representante legal	Fecha de constitución	RNC
--------------------------------	-----------------------	-----

Teléfono casa	Oficina	Celular	Correo electrónico
---------------	---------	---------	--------------------

Sector económico al que pertenece <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Industrial <input type="radio"/> Financiero <input type="radio"/> Servicio	Actividad comercial
---	---------------------

INFORMACIÓN DE LA PROPIEDAD

Actividad del negocio	Cantidad de empleados	Fecha inicio operación
-----------------------	-----------------------	------------------------

Ubicación del riesgo

1 Calle / número	Sector / ciudad	Tipo de techo:
------------------	-----------------	----------------

2 Calle / número	Sector / ciudad	Tipo de techo:
------------------	-----------------	----------------

3 Calle / número	Sector / ciudad	Tipo de techo:
------------------	-----------------	----------------

Metros ²	No. de pisos	Tipo de construcción <input type="radio"/> Superior <input type="radio"/> Primera clase <input type="radio"/> Primera clase especial	Distancia al mar, lagos, ríos, embalses: <input type="radio"/> Menos de 200 mts. <input type="radio"/> Entre 200 mts. y 500 mts. <input type="radio"/> Mayor de 500 mts.
---------------------	--------------	---	---

Medidas de prevención de incendio y robo
 Mangueras Sistema de alarma de incendio Sistema de alarma de robo Rejas de hierro Otros

Colindancias Norte: Sur: Este: Oeste:	Moneda de la póliza <input type="radio"/> RD\$ <input type="radio"/> US\$
--	--

VALORES A ASEGURAR

	Valor Asegurado Ubicación 1 (\$)	Valor Asegurado Ubicación 2 (\$)	Valor Asegurado Ubicación 3 (\$)
Edificación			
Mobiliario y equipos			
Equipos electrónicos			
Maquinarias			
Existencias			
Planta eléctrica Marca: Capacidad:			
Total			

COBERTURAS OPCIONALES

- Responsabilidad civil básica Rotura accidental de cristales y/o letreros
 Todo riesgo rotura maquinarias Todo riesgo equipos electrónicos
 Transporte Terrestre Accidentes personales
 Interrupción de negocios Fidelidad de empleados
 Existencia aumento temporal

MAQUINARIAS

- Cobertura todo riesgo avería maquinarias Cobertura dentro de la póliza de incendio y líneas aliadas

Capacidad		Recibe mantenimiento periódicamente			
<input type="radio"/> KW	<input type="radio"/> HP	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No		
Tipo	Descripción	Marca y modelo	Serie	Año	Valor
Total					

TODO RIESGO EQUIPOS ELECTRÓNICOS

Tipo	Descripción	Marca y modelo	Recibe mantenimiento periódicamente	Serie	Año	Valor	Tiene control de viaje
Total							

RESPONSABILIDAD CIVIL BÁSICA

PÓLIZA FIDELIDAD

Suma asegurada _____

Suma asegurada _____

ROTURA ACCIDENTAL DE CRISTALES			OBJETOS VALIOSOS	
Descripción	Medidas	Valor	Descripción	Valor
Total			Total	

Nota: Anexar listado con descripción y valor de cada uno.

INTERRUPCIÓN DE NEGOCIOS		TRANSPORTE TERRESTRE		
Formato Indemnización diaria (30 días)		Cantidad de vehículos	Límite transportado por vehículo	Suma a asegurar
PARTIDA	MONTOS			
Nómina		Tipo de mercancía transportada	Tipo de transporte <input type="radio"/> Abierto <input type="radio"/> Cerrado	Medio de Transporte <input type="radio"/> Vehículo propio <input type="radio"/> Vehículo de terceros
Gastos fijos				
Beneficios netos (último año fiscal)				
Total				

ACCIDENTES PERSONALES

Nombres y apellidos	Cédula / pasaporte

Nota: En caso de no disponer de suficiente espacio en este formulario para la descripción de los ítems a asegurar, favor anexar una hoja detallando los mismos.

ANTECEDENTES

¿Usted ha tenido otros seguros sobre esta propiedad?
 Sí No En caso de ser afirmativo, indique aseguradora

Historial de pérdida de los últimos 5 años (Tipo de siniestro, causa, fecha y monto pagado)

CESIÓN DE DERECHOS

¿Desea endosar su póliza a alguna institución?
 Sí No En caso de ser afirmativo, indique el nombre de la institución

Sucursal	Monto de la cesión
----------	--------------------

FORMA DE PAGO

Cuotas <input type="radio"/> 25% Prima más <input type="radio"/> 1 cuota <input type="radio"/> 2 cuotas <input type="radio"/> 3 cuotas <input type="radio"/> 4 cuotas	Tipo de pago <input type="radio"/> Efectivo <input type="radio"/> Pago automático <input type="radio"/> Cheque <input type="radio"/> Transferencia
--	---

Nota: En caso de seleccionar pago automático con tarjeta de crédito, completar el formulario de autorización de cargo recurrente.

DECLARACIONES GENERALES

Declaro bajo fe de juramento y certifico que he leído todas las preguntas reflejadas en esta solicitud, y que las respuestas a las mismas, y las informaciones y afirmaciones establecidas en esta son ciertas, verdaderas y completas, y constituyen la condición esencial para que Humano Seguros, S.A. (en adelante "la aseguradora") evalúe y consienta suscribir el correspondiente contrato de aseguramiento y proceda con la emisión de la póliza solicitada. Por ello, reconozco que cualquier omisión, inexactitud, falsedad o reticencia en las informaciones suministradas en este formulario, dará lugar a la nulidad del contrato y su consecuente rescisión sin responsabilidad para la aseguradora, sin perjuicio de las responsabilidades que recaigan sobre el asegurado. De igual modo, reconozco que en caso de que Humano Seguros, S.A. acepte esta solicitud, la misma surtirá efecto a partir de la fecha de inicio de vigencia especificada por escrito por la aseguradora, previo al cumplimiento de las condiciones del contrato de aseguramiento.

De igual modo, autorizo a Humano Seguros, S.A. a solicitar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesaria a los fines de evaluación de crédito, así como a suministrar información de esta índole a los centros de información crediticia para la evaluación del riesgo por parte de otras instituciones suscriptoras de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de la aseguradora y/o por sus respectivos empleados, funcionarios y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del artículo 377 del Código Penal, no supondrá violación a la Ley núm. 172-13 sobre Protección de Datos de Carácter Personal, ni generará responsabilidad bajo los artículos 1382 y siguientes del Código Civil, ni bajo ningún otro texto legal, al tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cualesquiera acciones o demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por dicha causa, y manteniendo libre e indemne de toda reclamación, a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del artículo 1120 del Código Civil.

Firma y sello del solicitante

DATOS COMERCIALES

Canal <input type="radio"/> Corredores <input type="radio"/> Agentes <input type="radio"/> Directo	No. de póliza	
Intermediario	Código	Gerente de negocios