

Datos del solicitante

RNC _____ - _____ Empresa _____

Persona Física _____ Apellidos _____ Nombres _____

Cédula _____ - _____ Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento/Const. _____

Cargo u Ocupación _____ Nivel Académico/Profesión _____

Vehículo Sí No Marca _____ Modelo _____

Dirección de Cobro _____
Calle y número _____ Apartamento y Edificio _____
Sector _____ Ciudad _____

Dirección Domicilio (si la dirección es distinta a la de cobro) _____
Calle y número _____ Apartamento y Edificio _____
Sector _____ Ciudad _____

Vivienda: Propia Alquilada Vigencia del seguro: desde _____ hasta _____

Teléfono Res. _____ Oficina _____ Fax _____

Celular _____ Dirección de Correo Electrónico _____

Dirección donde desea le sean remitidos los documentos: Asegurado Contratante Intermediario Dirección Comercial Dirección Residencial

Informaciones Generales

Ubicación del Riesgo : 1. _____ Calle/número _____ Sector/Ciudad _____

2. _____

3. _____

4. _____

Actividad del Negocio _____

Horas promedio de trabajo: _____ Diario _____ Semanal _____ Mensual Modo de Operación: Continua Temporal

Moneda de la póliza: RD\$ US\$

	Sí	No
Maquinarias adquiridas en estado nuevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantenimiento según instrucciones del fabricante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personal de operación adiestrado por el fabricante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe contrato de mantenimiento con algún suplidor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La maquinaria es: Propia Alquilada

Tiene vigente o ha tenido alguna vez asegurado los equipos y/o maquinarias? Sí No En caso afirmativo, indique: Nombre de empresa _____

Alguna compañía le ha negado o cancelado un seguro de esta naturaleza? Sí No _____

Tipo de Siniestro	Causa	Fecha	Monto pagado RD\$

Coberturas Adicionales y cesión de derecho

	Sí	No	Límite \$	¿Desea endosar su póliza a alguna institución? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
1. Incendio Interno, Explosión Química Interna y Caída Directa de Rayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	En caso afirmativo, indique: Nombre de la institución _____
2. Motín, Huelga y Conmoción Civil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Sucursal: _____
3. Responsabilidad Civil por Explosión de Calderas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Monto de la cesión: _____
4. Flete expreso, horas extras de trabajo, trabajo nocturno y/o en días festivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
5. Flete aéreo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
6. Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	

