

**Datos del Solicitante**

Persona Física  Apellidos \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Empresa \_\_\_\_\_

RNC \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cargo u Ocupación \_\_\_\_\_ Nivel Académico/Profesión \_\_\_\_\_

Vehículo  Sí  No Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino Fecha de Nacimiento/Const. \_\_\_\_\_

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

Actividad del Negocio \_\_\_\_\_ Moneda de la póliza:  RD\$  US\$

**Especificaciones de la Maquinaria**

Número de póliza de avería de Maquinarias relacionada: 12-

\_\_\_\_\_ Empresa Aseguradora \_\_\_\_\_ Fecha inicio del seguro \_\_\_\_\_

¿Han tenido coberturas contra Pérdida de Beneficios por Rotura de Maquinaria? Sí  No  En caso afirmativo, indique:  
\_\_\_\_\_ Empresa Aseguradora \_\_\_\_\_

	Describa tipo de mantenimiento regular aplicado a las máquinas					Frecuencia				
	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual	Otro	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual	Otro
1. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Qué trabajos de reparación puede efectuar la empresa misma? \_\_\_\_\_

**Especificaciones de Energía Eléctrica**

¿Consumo total de energía de la empresa (kW, kWh p.a.)? \_\_\_\_\_ ¿Desea asegurar los gastos básicos de suministro?  Sí  No

Porcentaje de energía generada en planta propia \_\_\_\_\_ % En caso afirmativo, indique:

¿Corriente pública posible de obtener (kW, kWh p.a.)? \_\_\_\_\_ - Precio básico por suministro de corriente pública por kW

¿Costo por kWh de la red pública? \_\_\_\_\_ RD\$ \_\_\_\_\_ Cómo se calcula este precio?  
(Favor anexar copia del contrato de suministro de energía eléctrica).

¿Porcentaje de ahorro en gastos de energía propia al adquirir corriente pública, por kWh? \_\_\_\_\_ % - ¿Duducible porcentual que desea para estos gastos básicos?  
(Deducible mínimo 10%) \_\_\_\_\_

## Datos de la Empresa y Proceso de Producción

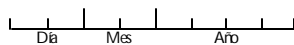
Fecha fundada la empresa?    
Día Mes Año

Cantidad de empleados: En total \_\_\_\_\_

Para mantenimiento e inspección \_\_\_\_\_ Fluctuación (%) \_\_\_\_\_

Tiempo normal de trabajo:  Diario \_\_\_\_\_ horas en \_\_\_\_\_ turnos

Semanal \_\_\_\_\_ horas  Anual \_\_\_\_\_ días

Fecha inicio proceso de producción\*    
Día Mes Año

Han ocurrido interrupciones por Rotura de Maquinaria en los últimos 5 años?

Sí  No En caso afirmativo indique:

Tipo Duración

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\* Anexe, en páginas adicionales, breve descripción del proceso de fabricación de los productos teniendo en cuenta la maquinaria clave y diagrama de flujo marcando la maquinaria por asegurar.

Para daño por Rotura de Máquina, la interrupción continua luego de que la máquina es reparada?  Sí  No En caso afirmativo indique:

- Causa \_\_\_\_\_

- Duración de las prolongaciones \_\_\_\_\_

Hay existencias de productos terminados o semielaborados?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿para qué período de interrupción hay esas existencias? \_\_\_\_\_

Posee la producción y la venta fluctuaciones estacionales superiores al 20%?

Sí  No En caso afirmativo indique:

Cifras mensuales de los últimos 6 meses: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

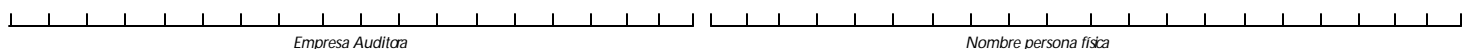
## Determinación de la Suma Asegurada

	\$		\$
Deducciones del volumen del negocio (ej. descuentos a clientes, rebajas, bonificaciones)	_____	Volumen del negocio, bruto	_____
Impuestos de consumo y sobre la venta	_____	Gasto de energía pública, mercancías, materias primas, auxiliares y medios de operación para mantener el servicio de la empresa	_____
Consumo de energía pública, mercancías, materias primas, auxiliares y medios de operación, en total	_____	Producción para fines propios anotada en el activo	_____
Otros costos no erogados durante la interrupción de las operaciones (ej. fletes por cuenta ajena, derechos de aduana, gastos de franqueo, primas de seguros dependientes de las ventas, licencias)	_____	Perjuicios por interrupción de las operaciones registrados durante el ejercicio	_____
Existencias en productos elaborados y semielaborados al comienzo del ejercicio	_____	Existencias en productos elaborados y semielaborados al final del ejercicio	_____
Suma	_____	Suma	_____
		→ menos	_____
		Valor asegurado (beneficio bruto)	_____
		Monto previsto para aumentos futuros	_____
		Suma asegurada	_____

Si desea un periodo de indemnización separado para salarios, habrá que repartir en forma correspondiente la suma asegurada.

## Otras Especificaciones

Se realizan las auditorías?  Sí  No En caso afirmativo, indique:

   
Empresa Auditoria Nombre persona física

Frecuencia:

1. A las cuentas:  Quincenal  Mensual  Trimestral

2. A las mercancías:  Quincenal  Mensual  Trimestral

Deducible temporal deseado  2 días  4 días  7 días  14 días

Periodo de Indemnización: \_\_\_\_\_ días.

## Forma de pago de prima

 Efectivo

 **Pago Automático (\*)**

Efectivo a la 2da. cuota.  
Renovación automática

Si es Pago Automático, Favor Autorizar:  Cargar a Cuenta  Cargar a Tarjeta

Nombre del Banco \_\_\_\_\_

 25 % prima más

 1 cuota  2 cuotas

 3 cuotas  4 cuotas




Tipo de cuenta:

 Corriente

 Ahorro






Número de Cuenta

Número de Tarjeta

Fecha de Vencimiento

Certifico que las declaraciones e informaciones antes expuestas son correctas y completas; que esta solicitud será la base del contrato y que el Seguro aquí solicitado no entrará en vigor mientras no sea expresamente aceptado por escrito por la Compañía.

Cualquier declaración falsa o inexacta en la presente solicitud, podrá resultar en el rechazo de la misma así como también la Compañía no será responsable de pago alguno al asegurado si posteriormente, cuando esté en efecto la póliza, se comprueba alguna anomalía, ocultamiento de datos o de falsa declaración en esta solicitud; lo cual se ajustará a las Condiciones Generales de la Póliza.

En caso de ser aceptada esta solicitud, convengo en que sea considerada como parte integrante del Contrato o Contratos de Seguros emitidos en la misma, así como de las renovaciones que los mismos hicieren, o de cualquiera Pólizas que sustituyan a las que originalmente se expiden.

El solicitante autoriza expresa e irrevocablemente a SEGUROS UNIVERSAL, C. POR A. a suministrar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesarios a los fines de evaluación de crédito por parte de otras instituciones suscriptoras de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de SEGUROS UNIVERSAL, C. POR A. y/o por sus respectivos empleados, funcionarios y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del Artículo 377 del Código Penal 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, o por el suministro de información inexacta y prometiendo la sumisión de sus representantes, accionistas y demás causa habitantes a lo pactado en este artículo en virtud de las disposiciones del artículo 1120 del código Civil.

FECHA

Mes	Día	Año							

FIRMA DE LA GERENCIA \_\_\_\_\_

INTERMEDIARIO \_\_\_\_\_

CÓDIGO \_\_\_\_\_

SUSCRIPTOR \_\_\_\_\_