

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\$

Informaciones Generales

¿Ha tenido asegurado el equipo y la maquinaria bajo este tipo de seguro? Si No

¿Están la planta y la maquinaria situadas en un lugar específico (ej. contratos bajo llave)? Si No En caso afirmativo, indique:

Ubicación de la obra: _____ Calle/número _____ Sector/Ciudad _____

La planta y la maquinaria ¿son empleadas en diferentes localidades del territorio nacional durante el año? Si No En caso afirmativo, indique:

Localidades Principales 1. _____
2. _____

¿Está el equipo bajo mantenimiento periódico? Si No ¿Estos equipos se alquilan a terceros? Si No

Exposiciones de Riesgo de la Localidad

Terreno llano u ondulado o de tipo desértico	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Áreas expuestas a daño por agua, inundación, lluvia torrencial, aludes, caída de rocas o corrimiento de tierras?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Terreno ondulado o montañoso	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Existen algunas circunstancias o peligros especiales?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Montañas agrestes, cañones y lugares donde se contruyen presas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	- En caso afirmativo, detalle _____	
Áreas expuestas a vientos o huracán	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	
Áreas expuestas a terremoto, actividad volcánica, tsunami, etc.	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	_____	

Coberturas Adicionales

	Si	No	Límites \$
1. Motín, Huelga y Conmoción Civil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Transporte en territorio nacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Flete expreso, horas extras de trabajo, trabajo nocturno y/o en días festivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Flete aéreo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Otros _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

