

Datos del solicitante

RNC _____ Cédula _____

Empresa _____

Persona Física _____
Apellidos _____ Nombres _____

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 _____ Moneda de la póliza RD\$ US\$

Teléfono Res. _____ Oficina _____ Fax _____

Celular _____ Dirección de Correo Electrónico _____

Ubicación del Riesgo 1. Calle/número _____ Sector/Ciudad _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____

Actividad del Negocio _____

Solicita Seguro de Responsabilidad Civil para:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Industrias, Comercios y Talleres. | <input type="checkbox"/> Maquinarias y Grúas de Construcción y Elevación de Cargas. | <input type="checkbox"/> Propietarios de Edificaciones Urbanizaciones y Complejos Residenciales Administrados en Régimen de Comunidad. |
| <input type="checkbox"/> Vida Personal y Familiar. | <input type="checkbox"/> Talleres de Reparación, Garaje, Parques Públicos y Estaciones de Servicios. | <input type="checkbox"/> Empresas de Construcción. |
| <input type="checkbox"/> Centros de Enseñanza. | <input type="checkbox"/> Fincas Agrícolas. | <input type="checkbox"/> Sociedades y Clubes Deportivos. |
| <input type="checkbox"/> Hoteles y Restaurantes. | <input type="checkbox"/> Seguro de Exceso. | |
| <input type="checkbox"/> Empresa de Vigilancia. | | |

Informaciones Generales

Número de locales _____ Volumen de salario anual \$ _____ Productos o trabajos elaborados _____

Empleados nominales _____ Venta anual \$ _____ Ventas anuales estimadas para este año \$ _____

Informaciones Específicas (Contestar sólo las concernientes al tipo de negocio)

Cantidad de Habitaciones _____

En caso de garajes, parqueos y talleres, indique:
 Número de espacios disponibles _____
 Límite por Vehículos _____
 Número de Socios _____
 Número de alumnos _____

En caso de Seguro de Exceso, indicar seguros primarios sobre los cuales necesita cobertura:

Póliza No.	Empresa	Límite

Si solicita seguro para Maquinarias y Grúas de Construcción, favor detallar los equipos a asegurar :

(Si el espacio proporcionado no es suficiente, anexar relación)

Tipo	Serie	Modelo	Año

FD-01

