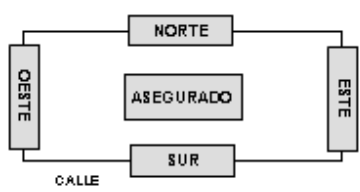


I. DATOS DE LA SOLICITUD			
Póliza Número:	Fecha de Solicitud: / /	Fecha de Vigencia: Desde: / / Hasta: / /	
II. DATOS DEL CONTRATANTE			
Apellidos y Nombres:		RUC o Cédula:	Fecha de Nac./ Registro CIA.: / /
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Unido <input type="checkbox"/>	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Lugar de Nacimiento:	Provincia:
Tipo de Actividad: Comercial o Profesional <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/>	Profesión:	Ocupación:	
Relación de Trabajo: Asegurado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> otro:	Ingreso Mensual:	Patrimonio:	
Dirección de Residencia: Provincia:	Distrito:	<input type="checkbox"/> Corregimiento:	<input type="checkbox"/> Urbanización:
<input type="checkbox"/> Calle: <input type="checkbox"/> Avenida: <input type="checkbox"/> Vía:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C.		
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:	Celular N°	Apartado Postal:
Dirección de Oficina: Provincia:	Distrito:	<input type="checkbox"/> Corregimiento:	<input type="checkbox"/> Urbanización:
<input type="checkbox"/> Calle: <input type="checkbox"/> Avenida: <input type="checkbox"/> Vía:	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Edificio <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> C.C.		
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:	Celular N°	Apartado Postal:
Dirección de Correo ( E-mail)		Indicar dirección de cobro: Residencia: <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>	

III. FORMA DE PAGO	
Descuento de Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/> - Transferencia Electrónica ACH <input type="checkbox"/> - Transferencia banca en Línea <input type="checkbox"/> - Descuento en Planilla <input type="checkbox"/> - Pago Voluntario <input type="checkbox"/>	
Periodicidad:	Mensual <input type="checkbox"/> Trimestral <input type="checkbox"/> Semestral <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/>

IV. DATOS DEL RIESGO		
Índole del Riesgo: Comercial <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/>	Tipo de Comercio o Industria:	Mercancía Predominante:
Dirección de Oficina: Provincia:	Distrito:	<input type="checkbox"/> Corregimiento: <input type="checkbox"/> Urbanización:
<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:	Teléfono:	Apartado Postal:
Uso del Edificio/ Casa/ Galpón: Industria <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Explique:		

LINDEROS DEL INMUEBLE: Indique Claramente la índole de las actividades ejercidas en los inmuebles colindantes o terrenos a edificar, inmuebles desocupados, invadidos, obras en demolición o en construcción y tipo de comunicación (contigua o no)	
Norte:	
Sur:	
Este:	
Oeste:	

### V. INTERESES A ASEGURAR

Descripción del Equipo	Tipo y Número de serie	Año del Equipo	Nombre del Fabricante	Valor de Reposición
Suma Total a Asegurar				

### VI. COBERTURAS

Riesgos Cubiertos	Límites
Las pérdidas o daños directos producidos a las maquinarias o equipos objetivo de este seguro, propiedad del asegurado, por cualquier causa accidental externa, súbita e imprevista, que no esté expresamente excluida en esta Póliza.	El valor a reposición indicando en la sección VI, para cada uno de los bienes a asegurar.
COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES	SUMA ASEGURADA
Responsabilidad Civil por Daños.	
Responsabilidad Civil por Lesiones.	
Gastos adicionales para flete aéreo.	
Gastos adicionales por horas extras, trabajo nocturno y en días feriados.	
Pérdidas o daños por motín, huelga y conmoción civil.	

### VII. OTROS

Trabaja los equipos a asegurar en un lugar específico? . En caso afirmativo, indicar lugar y denominación de la obra. Si  No

Horas normales de trabajo del equipo durante el día:                      Días laborales al año:

Dispone de los medios para realizar: Reparaciones menores  Reparaciones Mayores  Revisiones Completas

El equipo es sometido a mantenimiento periódicamente? Si  No  Frecuencia:

El equipo opera en un sitio específico o en varios sitios? Detalle:

En:         terreno llano                       Terreno Ondulado                       Terreno Montañoso

Montañas agrestes, Cañones y lugares donde se construyen pesas

Áreas expuestas a daños por agua, inundación, aludes, caídas de rocas o deslizamiento de tierra? Si  No

El transporte se realiza normalmente por la vía: Terrestre Si  No                       Lagos Si  No

Fluvial Si  No                       Área Si  No                       Marítima Si  No

Usted considera que existe alguna circunstancia o peligro especial, por ejemplo, por el sitio, el tipo de trabajo y/o causa? Si  No

En caso afirmativo detalle:

**VIII. SEGURO SOBRE LOS MISMOS INTERESES**

Compañía de Seguros	Vigentes			Anteriores	
	Sumas Aseguradas	Póliza N°	Vencimiento	CÍA de Seguros	Póliza N°

Solicitudes rechazadas: Compañías:

Fechas:

**HISTORIA PREVIA DE SINIESTROS**

Naturaleza de los daños	Fecha	Si estuvo Asegurado		Monto de la Perdida	Precauciones Adoptadas
		Compañía de Seguros	N° de Póliza		

**Observaciones:**


**Autorización para Solicitar y Suministrar Información de Crédito**

Doy mi consentimiento y autorizo a La Floresta de Seguros y Vida, S.A. a solicitar y suministrar a cualesquiera agentes o entidades captadoras de información de crédito, toda la información que estime conveniente sobre mi historial de crédito sin limitar las obligaciones, operaciones o transacciones comerciales que mantengo o llegue a mantener con cualquier agente económico.

Igualmente libero de toda responsabilidad a La Floresta de Seguros y Vida, S.A. por cualquier consecuencia directa o indirecta que pueda sobrevenir como resultado de la presente autorización.

Declaro que la información contenida en este formulario es verdadera, completa y proporciona la información de modo confiable y actualizada sobre todos los aspectos donde los cuales se han hecho preguntas, y en base a lo cual se emite la póliza correspondiente; en consecuencia acepto que cualquier información falsa, errónea e inexacta, brindada en esta solicitud, puede ser causal de rechazo de cualquier reclamo hecho sobre este seguro, sin responsabilidad alguna para LA COMPAÑÍA.

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Contratante

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado

**PRODUCTOR**

Nombres y Apellidos	Código	Firma
---------------------	--------	-------