

**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:	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:	Apartado Postal:
Dirección de Correo ( E-mail)		Indicar dirección de cobro: Residencia: <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/>		

**III. DATOS DEL ASEGURADO**

<b>Marque con una X si los datos del Asegurado es igual a la del Contratante: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></b> <b>(En caso de ser correcto no complete esta sección)</b>				
Nombres y Apellidos:		Cédula:	F. de Nacimiento: / /	
Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <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 e Independiente <input type="checkbox"/>		Profesión:	Ocupación u Oficio	
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:	Dirección de Correo a(E-mail)	
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:

#### IV. FORMA DE PAGO

Descuento de Tarjeta de Crédito  - Transferencia Electrónica ACH  - Transferencia banca en Línea  - Descuento en Planilla  - Pago Voluntario

Periodicidad: Mensual  Trimestral  Semestral  Anual

#### VI. DATOS DEL RIESGO

Dirección del riesgo:

Distrito: Provincia: Apartado Postal: E-Mail:

Datos del Registro del Inmueble:

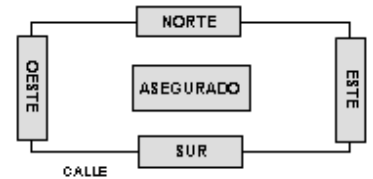
#### LINDEROS

Norte:

Sur:

Este:

Oeste:



Tipo:  Industrial  Comercio  Vivienda  Depósito y Almacenaje Edificación:  Abierta  Mixta  Cerrada

#### DATOS CORRESPONDIENTES A LA COBERTURA DE INCENDIO

##### TIPO DE CONSTRUCCION

Estructura	<input type="checkbox"/> Concreto armado, hierro revestido de concreto <input type="checkbox"/> Metálica sin revestimiento <input type="checkbox"/> Madera
Techos	<input type="checkbox"/> Concreto armado, placas de concreto, <input type="checkbox"/> Láminas de zinc, hierro o asbesto (hasta 10% de materiales plásticos) <input type="checkbox"/> Maderas, láminas de aluminio, láminas no combustibles sobre armazón de madera
Paredes	<input type="checkbox"/> Ladrillo macizo, piedra, concreto, bloques de arcilla y cemento, huecos y frisados por ambos lados <input type="checkbox"/> Hierro, asbesto, zinc, bloques de arcilla y cemento, huecos y bloques de ventilación <input type="checkbox"/> Madera, caña, láminas de aluminio, cartón prensado, madera comprimida y similares
Fachadas	<input type="checkbox"/> Obra limpia con menos del 50% en ventanería <input type="checkbox"/> Cerámica, loza, mármol u otro material <input type="checkbox"/> Vidrios o ventanales completos, muros, cortinas de vidrio o plástico <input type="checkbox"/> Elementos pre-fabricados
Otras clases de Edificaciones	<input type="checkbox"/> Tanques subterráneos <input type="checkbox"/> Tanques metálicos <input type="checkbox"/> Tanques metálicos con más de 4 mts <input type="checkbox"/> Torres, chimeneas, antenas mayores a 60 mts <input type="checkbox"/> Puentes grúa con capacidad mayor a 100 Ton

##### SISTEMAS DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA INCENDIO

Sistemas Mínimos	<input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Detección <input type="checkbox"/> Extinción	<b>Hidrantes:</b> <input type="checkbox"/> Internos <input type="checkbox"/> Externos <input type="checkbox"/> Con impulsión Propia <input type="checkbox"/> Sin impulsión Propia
Sistemas Adicionales	<b>Vigilancia:</b> <input type="checkbox"/> Con Reloj Control <input type="checkbox"/> Sin Reloj Control	<b>Brigada contra Incendio</b> <input type="checkbox"/> Personal Profesional <input type="checkbox"/> Personal No Profesional
Sistemas Especiales Extinción	<input type="checkbox"/> Halón <input type="checkbox"/> Bióxido de Carbono <input type="checkbox"/> Espuma <input type="checkbox"/> Polvo Quím. Seco <input type="checkbox"/> Agua Pulverizada	<b>Rociadores:</b> <input type="checkbox"/> Abiertos <input type="checkbox"/> Automáticos (Protección Parcial) <b>Fuentes de Agua:</b> <input type="checkbox"/> Una <input type="checkbox"/> Dos

<b>ACREEDOR HIPOTECARIO (Hasta donde sus intereses aparezcan)</b>
Nombre y Apellido o Razón Social

<b>BIENES Y COBERTURAS DE INCENDIO</b>	
<b>Objeto del Seguro</b>	<b>Suma Asegurada</b>
Edificio	
Maquinaria y Equipo Industrial	
Contenido	
Mobiliario y Equipo	
<b>Totales</b>	
<b>% Riesgo Absoluto</b>	<b>Suma Asegurada</b>

<b>COBERTURAS BASICAS</b>	<b>Marque con una "X"</b>
Incendio y/o Rayo	
Humo u Hollín	
Explosión	
Impacto de Vehículo	
Remoción de Escombros	
<b>COBERTURA OPCIONAL</b>	
Terremoto	
Vendaval	
Inundación	
Extensión de Cubierta Catastrófica	
Desordenes Públicos	
Daños por maldad	
Saqueo	
<b>COBERTURAS ADICIONALES</b>	<b>Suma Asegurada</b>
Pérdida de Renta N° de Meses:                      Renta Mensual:	
Pérdida por Falta de Refrigeración	
Póliza Declarativa	
Edificio en Construcción	
Valor Reemplazo	
Valor Acordado	
<b>COBERTURAS ESPECIALES</b>	
Gastos de Limpieza	
Alteraciones, modificación y adiciones	
Daños por robo e intento de robo a elementos del equipo	
Restauración estética	
Honorarios	
Rotura de Cristales	

**VI. OTROS SEGUROS SOBRE LOS MISMOS BIENES**¿Tiene contrato actualmente un seguro de Incendio sobre los bienes que desea asegurar?  Si  No

¿Con que Aseguradora?

Monto:

Fecha de Vencimiento:

¿Ha ocurrido algún Incendio en el negocio por asegurar?  Si  No

Fechas:

Monto de las Pérdidas:

¿En qué circunstancia y su extensión?

¿Ha solicitado anteriormente algún seguro de Incendio para el negocio a asegurar?  Si  No

¿Con qué Aseguradora?

¿Ha sido rechazada su solicitud?  Si  No¿Ha sido cancelado el seguro por la Aseguradora después de entrar en vigor?  Si  No**VII. LUCRO CESANTE**

Tiempo normal del trabajo de la empresa por asegurar:

Diario: horas en: turnos, Semanal: horas, Anual: días:

Acusa la producción y venta de la empresa por asegurar fluctuaciones estacionales superiores al 20%  Si  No En caso afirmativo indicar cifras mensuales:Hay existencias de productos terminados o semielaborados:  Si  No En caso afirmativo, durante que período de interrupción alcanzan esas existencias:Se efectúan suministros contra el pago por cartas de crédito:  Si  No En caso afirmativo, qué porción de las ventas corresponde a dichos suministros:Lleva la empresa a asegurar su propia contabilidad:  Si  No En caso negativo, indicar nombre, dirección y teléfono del contador externo:**VIII. MODALIDAD DE SEGURO****Interés Asegurado****Suma Asegurada**

Lucro Cesante Forma Americana % Coaseguro pactado sobre la utilidad bruta:

Lucro Cesante Forma Inglesa Período de Indemnización: meses:

**IX. SUMA ASEGURADA****Interés Asegurado****Valores a Riesgo****Utilidad Neta Anual**

Más gastos permanentes:

Arrendamiento

Contribución e Impuestos

Interés

Honorarios de los directores

Salarios, prestaciones y otros.

Honorarios varios

Gastos de viajes

Primas de seguros

Gastos de anuncios

Gastos de teléfono

Gastos por consumo de energía eléctrica

**OTROS DATOS DEL INMUEBLE**Tipo de Contrato:  Propiedad  Arrendamiento  Alquilado

Año de Construcción:

N° Pisos:

**SUSTANCIAS INFLAMABLES****Litros de Sustancia:** Gasolina \_\_\_\_\_ Thiner \_\_\_\_\_ Varsol \_\_\_\_\_ Kerosene \_\_\_\_\_ Alcohol \_\_\_\_\_ Acetona \_\_\_\_\_ Gasoil \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

**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