

## SOLICITUD DE SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL GENERAL

### I. DATOS DE LA SOLICITUD

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

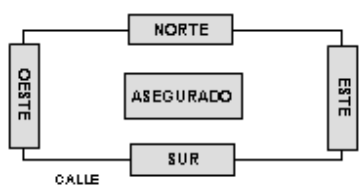
### III. FORMA DE PAGO

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:
Ubicación del Riesgo: 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/ Galera 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. COBERTURAS**

BÁSICAS (Predios y Operaciones)	MONTO DE LA SUMA ASEGURADA
<b>Lesiones Corporales</b>	
Por una persona	
Por accidente	
<b>Daños Materiales</b>	
<b>Límite Único Combinado:</b>	

OPCIONALES	SI	NO	SUMA ASEGURADA
<b>Incendio y Explosión</b>			
<b>Ascensores, Elevadores, Cabrias, Grúas, Equipos Móviles y/o Montacargas</b>			
<b>Anuncios y Avisos Luminosos</b>			
<b>Vigilantes Privados y/o Empresas de Vigilancia</b>			
<b>Defensa Penal y Asistencia Legal</b>			
<b>Contratista</b>			
<b>Talleres</b>			
<b>Productos</b>			
<b>Dueños, Propietarios y Arrendatarios</b>			
<b>Patronal</b>			

**VI. OTROS**

Se realizan algunas actividades fuera de sus locales: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo detalle:	
Es usted: <input type="checkbox"/> Fabricante <input type="checkbox"/> Mayorista <input type="checkbox"/> Minorista <input type="checkbox"/> Otro (Detalle)	
Cantidad de empleados que tiene la empresa:	Monto de la nomina actual B/.
Monto de los ingresos brutos anuales	
La Empresa o Negocio que, produce o almacena:	
1. Sustancias Radioactivas	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Explosivos o Mercancías Inflamables	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Cualquier Afluente, Humo, Materia o Naturaleza Nociva	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

**VII. SEGURO SOBRE LOS MISMOS INTRESES**

Vigentes				Anteriores	
Compañía de Seguros	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