

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"/> <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:		Distrito:		<input type="checkbox"/> Corregimiento: <input type="checkbox"/> Urbanización:	
Provincia:		<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:		Distrito:		<input type="checkbox"/> Corregimiento: <input type="checkbox"/> Urbanización:	
Provincia:		<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"/> Cantidad de Pagos: _____					
IV. DATOS DE UBICACIÓN DEL RIESGO A ASEGURAR					
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:		Distrito:		<input type="checkbox"/> Corregimiento: <input type="checkbox"/> Urbanización:	
Provincia:		<input type="checkbox"/> Piso : <input type="checkbox"/> Apto. <input type="checkbox"/> Oficina:		Teléfono:	
Apto. <input type="checkbox"/> Oficina: <input type="checkbox"/>		Teléfono:		Apartado Postal:	
Uso del Edificio: Industria <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/>					
Explicar:					
V. INTERESES A ASEGURAR					
Descripción del Equipo	Tipo y Numero de Serie	Año del Equipo	Nombre del Fabricante	Valor de Reposición	
Suma total a Asegurar					

VI. COBERTURAS

Riesgos Cubiertos	Suma Asegurada
Las pérdidas o daños de los bienes asegurados, ocasionados por cualquier causa accidental, súbita e imprevista y que no esté expresamente excluida en esta póliza.	El valor a reposición indicando en la sección V, para cada uno de los bienes a asegurar.
COBERTURAS ADICIONALES OPCIONALES	SUMA ASEGURADA
Cobertura para Pérdidas o Daños por Motín, Huelga y Conmoción Civil	
Cobertura para Situaciones Catastróficas	

VII. OTROS

HORAS DE FUNCIONAMIENTO	
Horas de Trabajo: a) 1er turno por día desde:	hasta:
b) 2do turno por día desde:	hasta:
c) En días por semanas	
d) En días por año	
INSTALACIONES	
Las maquinarias a asegurar han sufrido daño por rotura de maquinaria durante los últimos tres (3) años	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo, indique número, fecha, causa y gastos	
Existe seguro de incendio, explosión, etc.	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo indique la compañía de seguros	
GENERAL	
Usted considera que existe alguna circunstancia o peligro especial, por ejemplo, por el sitio, el tipo de trabajo y/u otra causa? En caso afirmativo detalle	
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

VIII. SEGURO SOBRE LOS MISMOS INTERESES

Compañía de Seguros	Sumas Aseguradas	Póliza N ^a	Vencimiento	ANTERIORES	
				CÍA de Seguros	Póliza N ^a

HISTORIA PREVIA DE SINIESTROS				
Naturaleza de los daños	Fecha	Compañía de Seguros	Nº de Póliza	Monto de la Perdida

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