

SOLICITUD DE SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

Fecha de solicitud	Vigencia de la póliza Desde	Hasta
--------------------	-----------------------------	-------

Tipo de NCF
 Crédito fiscal Consumo Gubernamental Régimen especial

DATOS GENERALES
En caso de ser persona física, favor completar

Nombre completo	Apellido de casada (si aplica)
-----------------	--------------------------------

No. documento identificación	Tipo de documento <input type="radio"/> Cédula <input type="radio"/> Pasaporte	Fecha nacimiento
------------------------------	---	------------------

Sexo <input type="radio"/> Femenino <input type="radio"/> Masculino	Nacionalidad <input type="radio"/> Dominicano (a) <input type="radio"/> Otro (indique)
--	---

Estado civil
 Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a) Unión libre

Hijos	Nivel académico <input type="radio"/> Primaria <input type="radio"/> Secundaria <input type="radio"/> Universitario <input type="radio"/> Postgrado <input type="radio"/> Maestría
-------	---

Dirección calle / avenida	Número	Edificio o plaza
---------------------------	--------	------------------

Sector	Ciudad / municipio
--------	--------------------

Tipo de vivienda <input type="radio"/> Propia <input type="radio"/> Alquilada <input type="radio"/> Otra (especifique)	Teléfono casa	Oficina	Celular
---	---------------	---------	---------

Correo electrónico

En caso de ser persona jurídica, favor completar

Nombre de la empresa	Tipo de entidad <input type="radio"/> Pública <input type="radio"/> Privada
----------------------	--

Dirección calle / avenida	Número	Edificio o plaza
---------------------------	--------	------------------

Sector	Ciudad / municipio
--------	--------------------

Nombre del representante legal	Fecha de constitución	RNC
--------------------------------	-----------------------	-----

Teléfono casa	Oficina	Celular	Correo electrónico
---------------	---------	---------	--------------------

Sector económico al que pertenece <input type="radio"/> Comercial <input type="radio"/> Industrial <input type="radio"/> Financiero <input type="radio"/> Servicio	Actividad comercial
---	---------------------

UBICACIÓN DEL RIESGO

Calle / número	Sector / ciudad
----------------	-----------------

Calle / número	Sector / ciudad
----------------	-----------------

Calle / número	Sector / ciudad
----------------	-----------------

INFORMACIONES ESPECÍFICAS

Límite solicitado	Cantidad de locales	Empleados en nómina	Volumen de salario anual (\$)
-------------------	---------------------	---------------------	-------------------------------

Venta anual (\$)	Productos o trabajos elaborados	Ventas anuales estimadas para este año (\$)
------------------	---------------------------------	---

En caso de garajes, parqueos y talleres, indique lo siguiente

Número de espacios disponibles	Límites por vehículos	Número de socios	Número de alumnos
--------------------------------	-----------------------	------------------	-------------------

En caso de hoteles, favor completar

Cantidad de habitaciones	Cantidad de bares	Cantidad de restaurantes	¿Tiene gimnasio? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Cantidad de piscinas	¿Centro de conferencias? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No En caso afirmativo, indique capacidad de personas		
Distribución de huéspedes (100%) EEUU/ Canadá % Europa % Local % Otros %			Moneda <input type="radio"/> RD\$ <input type="radio"/> US\$

En caso de seguro de exceso, indicar seguros primarios sobre los cuales necesita cobertura.

No. póliza	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	Marca / modelo	Año

Nota: En caso de no disponer de suficiente espacio en este formulario, para la descripción de los ítems a asegurar, favor anexar una hoja detallando los mismos.

ANTECEDENTES

¿Usted ha tenido otros seguros sobre esta propiedad?

Sí No En caso de ser afirmativo, indique aseguradora

Historial de pérdida de los últimos 5 años (Tipo de siniestro, causa, fecha y monto pagado)

FORMA DE PAGO

Cuotas Tipo de pago
 25% Prima más 1 cuota 2 cuotas 3 cuotas 4 cuotas
 Efectivo Pago automático Cheque Transferencia

Nota: En caso de seleccionar pago automático con tarjeta de crédito, completar el formulario de autorización de cargo recurrente.

DECLARACIONES GENERALES

Declaro bajo fe de juramento y certifico que he leído todas las preguntas reflejadas en esta solicitud, y que las respuestas a las mismas, y las informaciones y afirmaciones establecidas en esta son ciertas, verdaderas y completas, y constituyen la condición esencial para que Humano Seguros, S.A. (en adelante "la aseguradora") evalúe y consienta suscribir el correspondiente contrato de aseguramiento y proceda con la emisión de la póliza solicitada. Por ello, reconozco que cualquier omisión, inexactitud, falsedad o reticencia en las informaciones suministradas en este formulario, dará lugar a la nulidad del contrato y su consecuente rescisión sin responsabilidad para la aseguradora, sin perjuicio de las responsabilidades que recaigan sobre el asegurado. De igual modo, reconozco que en caso de que Humano Seguros, S.A. acepte esta solicitud, la misma surtirá efecto a partir de la fecha de inicio de vigencia especificada por escrito por la aseguradora, previo al cumplimiento de las condiciones del contrato de aseguramiento.

De igual modo, autorizo a Humano Seguros, S.A. a solicitar a centros de información crediticia la información patrimonial y extrapatrimonial necesaria a los fines de evaluación de crédito, así como a suministrar información de esta índole a los centros de información crediticia para la evaluación del riesgo por parte de otras instituciones suscriptoras de dichos centros de información, reconociendo y garantizando que la revelación de dichas informaciones por parte de la aseguradora y/o por sus respectivos empleados, funcionarios y accionistas no conllevará violación de secreto profesional a los efectos del artículo 377 del Código Penal, no supondrá violación a la Ley núm. 172-13 sobre Protección de Datos de Carácter Personal, ni generará responsabilidad bajo los artículos 1382 y siguientes del Código Civil, ni bajo ningún otro texto legal, al tiempo de renunciar expresa y formalmente al ejercicio de cualesquiera acciones o demandas a los fines de la reclamación de daños y perjuicios por dicha causa, y manteniendo libre e indemne de toda reclamación, a sus representantes, accionistas y demás causahabientes en virtud de las disposiciones del artículo 1120 del Código Civil.

Firma y sello del solicitante

DATOS COMERCIALES

Canal <input type="radio"/> Corredores <input type="radio"/> Agentes <input type="radio"/> Directo	No. de póliza
Intermediario	Código Gerente de negocios