

## SOLICITUD DE SEGUROS GENERALES

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

No. documento identificación | Tipo de documento  Cédula  Pasaporte | Fecha nacimiento

Sexo  Femenino  Masculino | Nacionalidad  Dominicano (a)  Otro (indique)

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

Hijos | Nivel académico  Primaria  Secundaria  Universitario  Postgrado  Maestría

Dirección calle / avenida | Número | Edificio o plaza

Sector | Ciudad / municipio

Tipo de vivienda  Propia  Alquilada  Otra (especifique) | Teléfono casa | Oficina | Celular

Correo electrónico

**En caso de ser persona jurídica, favor completar**

Nombre de la empresa | Tipo de entidad  Pública  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  Comercial  Industrial  Financiero  Servicio | Actividad comercial

### INFORMACIÓN DE LA PROPIEDAD

Actividad del negocio | Cantidad de empleados | Fecha inicio operación

Ubicación del riesgo

1 Calle / número | Sector / ciudad | Tipo de techo:

2 Calle / número | Sector / ciudad | Tipo de techo:

3 Calle / número | Sector / ciudad | Tipo de techo:

Metros<sup>2</sup> | No. de pisos | Tipo de construcción  Superior  Primera clase  Primera clase especial | Distancia al mar, lagos, ríos, embalses:  Menos de 200 mts.  Entre 200 mts. y 500 mts.  Mayor de 500 mts.

Medidas de prevención de incendio y robo  Mangueras  Sistema de alarma de incendio  Sistema de alarma de robo  Rejas de hierro  Otros

Colindancias Norte: Sur: Este: Oeste: | Moneda de la póliza  RD\$  US\$

**VALORES A ASEGURAR**

	Valor Asegurado Ubicación 1 (\$)	Valor Asegurado Ubicación 2 (\$)	Valor Asegurado Ubicación 3 (\$)	INTERRUPCIÓN DE NEGOCIOS		
				FORMATO	INDEMNIZACIÓN DIARIA	AMERICANO
Edificación				Suma asegurada		
Mobiliario y equipos				Coaseguro pactado		
Equipos electrónicos				Período de indemnización		
Maquinarias				Partidas Cubiertas		
Existencias				<input type="radio"/> Gastos fijos		
Objetos valiosos*				<input type="radio"/> Beneficios netos		
Planta eléctrica Marca:      Capacidad:						
Total						

**MAQUINARIAS**

Cobertura todo riesgo avería maquinarias       Cobertura dentro de la póliza de incendio y líneas aliadas       Cobertura todo riesgo equipos electrónicos

Capacidad      Recibe mantenimiento periódicamente  
 KW       HP       Sí       No

Tipo	Descripción	Marca y modelo	Serie	Año	Valor
Total					

**TODO RIESGO EQUIPOS ELECTRÓNICOS**

Tipo	Descripción	Marca y modelo	Serie	Año	Valor
Total					

**PÓLIZA FIDELIDAD**

Suma asegurada \_\_\_\_\_

**TODO RIESGO ROTURA ACCIDENTAL DE CRISTALES**

Descripción	Medidas	Valor
Total		

**OBJETOS VALIOSOS**

Descripción	Valor
Total	

**Nota:** Anexar listado con descripción y valor de cada uno.

**TRANSPORTE TERRESTRE**

Cantidad de vehículos	Límite transportado por vehículo
Suma a asegurar	
Tipo de mercancía transportada	
Medio de Transporte <input type="radio"/> Vehículo propio <input type="radio"/> Vehículo de terceros	
Tipo de transporte <input type="radio"/> Abierto <input type="radio"/> Cerrado	

**TRANSPORTE MARÍTIMO**

Mercancías	Valuación	Embarque
Medio de transporte	Límite territorial	Suma asegurada

## ACCIDENTES PERSONALES (EMPLEADOS DE LA EMPRESA)

Nombres y apellidos	Cédula / pasaporte

**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)

---



---

## CESIÓN DE DERECHOS

¿Desea endosar su póliza a alguna institución?  
 Sí     No    En caso de ser afirmativo, indique el nombre de la institución

---

Sucursal	Monto de la cesión
----------	--------------------

## FORMA DE PAGO

Cuotas	Tipo de pago
<input type="radio"/> 25% Prima más <input type="radio"/> 1 cuota <input type="radio"/> 2 cuotas <input type="radio"/> 3 cuotas <input type="radio"/> 4 cuotas	<input type="radio"/> Efectivo <input type="radio"/> Pago automático <input type="radio"/> Cheque <input type="radio"/> 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	No. de póliza
<input type="radio"/> Corredores <input type="radio"/> Agentes <input type="radio"/> Directo	
Intermediario	Código
	Gerente de negocios