



**Aseguramos lo que
Vale para Usted**

Seguro Individual Persona Jurídica

Seguro Individual Persona Natural

SOLICITUD DE SEGURO DE EQUIPO ELECTRONICO

1. DATOS DEL ASEGURADO

Nombre Completo del Asegurado				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido Casada
Tipo Identificación Tarjeta Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet Residente <input type="checkbox"/>		Número de Identificación		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad		Lugar de Nacimiento		Fecha Nacimiento ____/____/____ Día Mes Año
Edad	Estado Civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/>	Profesión, Ocupación u Oficio		
Nombre Completo del Cónyuge				
Negocio o Lugar de Trabajo		Cargo/Posición que Desempeña		Tiempo Laborar en la Empresa
Especificar detalladamente la fuente de sus ingresos				
¿Mantiene Pólizas Suscritas con Otra(s) Aseguradora(s)? (especificar compañía aseguradora, tipo seguro, suma asegurada)				
Beneficiarios (anotar nombre(s) completo(s) en letra de molde)				
DIRECCION DEL TRABAJO				
Barrio/Colonia/Calle/Avenida		Bloque y No.Casa	Ciudad o Municipio	
Departamento		Teléfonos Oficina		Fax
Correo Electrónico		Sitio Web		
DIRECCION DE DOMICILIO Los cobros se realizarán en: Domicilio: <input type="checkbox"/> Oficina: <input type="checkbox"/>				
Barrio o Colonia		Calle o Avenida		Bloque y No.Casa
Ciudad o Municipio		Departamento	Teléfono	
Otras Referencias del Domicilio				Apdo.Postal
Fax	Correo Electrónico		Sitio Web	

2. INFORMACION PERSONAL DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA PERSONA JURIDICA SOLICITANTE

Nombre Completo del Representante Legal (como aparece en el documento de identidad)				
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Apellido Casada
Tipo Identificación Tarjeta Identidad <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Carnet Residente <input type="checkbox"/>			Número de Identificación	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nacionalidad		Lugar de Nacimiento		Fecha Nacimiento ____/____/____ Día Mes Año
Edad	Estado Civil Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/>	Profesión, Ocupación u Oficio		
Nombre Completo del Cónyuge				
Dirección Completa de Residencia				
Dirección Completa de la Empresa donde Labora				
Correo Electrónico		Teléfono Residencia	Fax	Sitio Web
Negocio o Lugar de Trabajo		Cargo/Posición que Desempeña		Tiempo Laborar en la Empresa
Especificar detalladamente la fuente de sus ingresos				

3. PERSONA JURIDICA QUE ESTA SOLICITANDO EL SEGURO

Razón o Denominación Social de la Persona Jurídica (adjuntar fotocopia escritura social y reformas)			
Giro o Actividad Económica			Fecha Inicio Operaciones
Nombre Comercial		RTN (adjuntar fotocopia)	No.Inscripción Registro Mercantil
Especificar detalladamente la fuente de sus ingresos (adjuntar estados financieros actualizados)			
DIRECCION DE LA PERSONA JURIDICA SOLICITANTE			
Barrio o Colonia		Calle o Avenida	Bloque y No.Casa
Ciudad o Municipio		Departamento	Teléfono
Otras Referencias del Domicilio			Apdo.Postal
Fax	Correo Electrónico		Sitio Web

4. ACTIVIDAD DEL BIEN O BIENES POR ASEGURAR

5. DOMICILIO PARA COBROS Y NOTIFICACIONES

Barrio o colonia:		Calle o Avenida:		Bloque y No. de Casa:
Ciudad o Municipio:		Departamento:		Telefono:
Otras Referencias de la ubicación:				Apartado Postal:
Fax:	Correo Electrónico:		Sitio Web:	

12. DEDUCIBLE

Robo:
Catastrofico:
Demas Riesgos:

13. CARACTERISTICAS DEL EDIFICIO (Marque con una x)

El edificio esta construido conforme el codigo de la construccion vigente: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Paredes de:	Estructura de las Paredes:	Estructura de Techos:
Concreto <input type="checkbox"/>	Metalicas <input type="checkbox"/>	Metalicas <input type="checkbox"/>
Madera <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>	Madera <input type="checkbox"/>
Bloque <input type="checkbox"/>	Concreto y Hierro <input type="checkbox"/>	
Iaquezal <input type="checkbox"/>		
Otros (Especifique) _____		
Cielo Raso de:	Techo de:	Piso de:
Aislite <input type="checkbox"/>	Zinc <input type="checkbox"/>	Ladrillo de Cemento <input type="checkbox"/>
Nicalit <input type="checkbox"/>	Asbesto <input type="checkbox"/>	Mosaico <input type="checkbox"/>
Madera <input type="checkbox"/>	Concreto <input type="checkbox"/>	Balanza de Concreto <input type="checkbox"/>
Otros (Especificar) _____		Ladrillo Terrazo <input type="checkbox"/>

14. OCUPACION

Casa de Habitacion <input type="checkbox"/>	Comercio <input type="checkbox"/>	Industria <input type="checkbox"/>	Oficina <input type="checkbox"/>	Centro Educativo <input type="checkbox"/>
otros _____				

15. MEDIDAS DE SEGURIDAD

Cuantas puertas y ventanas tiene el edificio que dan al exterior: _____	
Tiene proteccion (Tipo de Proteccion): _____	
Verjas de Hierro: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Otros (describir) _____	
a) Posee Sistema de Proteccion para sobre carga:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
b) Regulador de voltaje:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
c) Experiencia del operador (es): _____ Años. Recibe asesoramiento tecnico:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Frecuencia: _____	
d) Acceso al recinto donde se encuentra el (los) equipo (s) es restringido:	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
e) Poseen los equipos aires acondicionados: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
f) Indique el lugar donde estan instalados los equipos _____	
g) Tienen Vigilancia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Interna <input type="checkbox"/> Externa <input type="checkbox"/> Diurna <input type="checkbox"/> Nocturna <input type="checkbox"/> Son propios: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

h) ¿Queda solo el local? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuanto Tiempo: _____	
i) Sistema de control de vigilantes: Reloj marcador <input type="checkbox"/> Otros: _____ No hay <input type="checkbox"/>	
j) Sistema de alarma: Magnetica <input type="checkbox"/> Electronica <input type="checkbox"/> Otros _____	
k) Detector de humo o incendio: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad _____	
l) Extinguidor de CO2: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad _____ estan vigentes: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
m) Extinguidor Halon: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad _____ estan vigentes: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
n) Proteccion contra rayo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cantidad _____	
ñ) Existe conexión independiente a tierra (polo) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
o) Otras protecciones _____	

16. MANTENIMIENTO

Tiene suscrito contrato de mantenimiento: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Con que compañía _____
En caso afirmativo indique la frecuencia de las revisiones _____ (anexar copia del contrato de mantenimiento)

17. MATERIALES PELIGROSOS

Existen o se depositan en el edificio sustancias inflamables y otras pe Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> De que clase _____
Son necesarias para la actividad ejercida: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Explique: _____

18. EXPERIENCIA SINIESTRAL

Ha sufrido algun tipo de perdida en los ultimos cinco añ Si No En caso afirmativo: Causa, Fecha, Monto, Objetivos dañados, y medidas preventivas tomadas _____

19. OTROS

1. Nombre del Solicitante o Asegurado : _____	
Lugar de la Institución del Equipo: _____	
Propio <input type="checkbox"/>	Comprobado a:
En Arrendamiento <input type="checkbox"/>	Nombre del Arrendador: _____
2.¿ El equipo ha sido instalado según recomendaciones del fabricante o suministrador?	
SI <input type="checkbox"/>	(Acompañar Constancia)
NO <input type="checkbox"/>	(Indicar Razones)
3. Protección y Seguridad (de las Instalaciones)	
a) Detectores de humo e incendio <input type="checkbox"/>	e) Extintores de Polvo Quimico <input type="checkbox"/>
b) Rondas de Seguridad fuera de horas normales <input type="checkbox"/>	f) Rotulos de no fumar <input type="checkbox"/>
c) Rociadores Automaticos <input type="checkbox"/>	g) Acceso Restringido <input type="checkbox"/>
d) Extintores de Agua <input type="checkbox"/>	
4. Equipo Auxiliar (solamente si se desea cobertura y esta incluida en la lista)	
Aire Acondicionado <input type="checkbox"/>	
Energia de Emergencia (Baterias) <input type="checkbox"/>	
Generador de Combustible <input type="checkbox"/>	
Otros (Describa) <input type="checkbox"/>	

Tiene otros Seguros con esta Compañía:	
Existen otros seguros sobre los mismos bienes	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
En que orta Compañía de Seguros tiene o ha tenido este tipo se seguro: _____	
Siniestros Ocurridos en los ultimos tres años: _____	
Autoriza debito a mi Tarjeta de crédito Visa No. _____	Compañía: _____
Autorizo debito a mi Cuenta Bancaria No.: _____	Ahorros <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Lafise <input type="checkbox"/> Banco: _____

El Asegurado manifiesta que todos los datos asentados en la presente solicitud son verdaderos, que ha leído completamente el contenido de las condiciones generales de la póliza y que ha recibido las explicaciones de las condiciones estipuladas que contendrá el Contrato de Seguro y sus Anexos a suscribir.

Por medio de la presente, AUTORIZO, a la Empresa Seguros Lafise, S. A., a poder ingresar a la Central de Riesgo de la Comisión Nacional de Bancos y Seguros (CNBS), y de las deas Centrales de Riesgos privadas del País, cuando lo estime conveniente, para corroborar la información brindada.

Esta solicitud sirve como base para la emisión de la póliza y formará parte integrante de la misma, queda entendido que la Compañía únicamente se compr los riesgos asegurados según las Condiciones Generales de la póliza y que el asegurado no podrá, en ningún caso pretender una indemnización por cualquier otro daño o pérdida.

Dado en la ciudad de _____ el día _____ del mes de _____ del año _____		
Firma del Asegurado o Representante Legal	Firma del Agente	Número:
	Aprobó	Fecha:

uros

omete por