

No. \_\_\_\_\_

**DATOS DEL SOLICITANTE**

 Yo: \_\_\_\_\_ solicito en mi calidad de: Dueño  Inquilino  Representante   
 emitir póliza a nombre de: \_\_\_\_\_  
 Dirección de cobro: \_\_\_\_\_  
 Dirección para envío de comunicados y/o documentos: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL ASEGURADO**
**Persona Natural**

 Cédula  Residencia  Pasaporte  N°: \_\_\_\_\_ Sexo: F  M   
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_  
 Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Actividad Económica**

 Empleado  Propietario  Por cuenta propia  Estudiante  Ama de casa  Otro (explique): 
**Datos Laborales**

 Empresa donde trabaja: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
 Si usted trabaja por cuenta propia, indicar N° RUC: \_\_\_\_\_  
 Describa el giro del negocio: \_\_\_\_\_  
 Dirección del trabajo: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Persona Jurídica**

 Nombre de la Empresa: \_\_\_\_\_ RUC N°: \_\_\_\_\_  
 Nombre del representante legal o Apoderado: \_\_\_\_\_  
 Cédula  Residencia  Pasaporte  N°: \_\_\_\_\_ Apartado postal N°: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Actividad Económica**

 Industrial  Servicios  Agrícola  Comercio  Turismo  Otro (explique): \_\_\_\_\_

**Para organizaciones sin fines de lucro indique lo siguiente:**
**Tipo de Organización**

Cooperativa <input type="checkbox"/>	Sindicatos <input type="checkbox"/>	Federación <input type="checkbox"/>	Confederación <input type="checkbox"/>
Central Sindical <input type="checkbox"/>	ONG <input type="checkbox"/>	Asociación <input type="checkbox"/>	Fundación <input type="checkbox"/>

 Otros: \_\_\_\_\_

N° de Inscripción del MITRAB: \_\_\_\_\_ N° de Inscripción del MIGOB: \_\_\_\_\_

**CESIÓN DE DERECHO**

 Cesión a favor de: \_\_\_\_\_  
 Dirección del cesionario: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_  
 Monto: \_\_\_\_\_ N° de Préstamo: \_\_\_\_\_ N° de Cliente: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Vigencia del Préstamo o Cesión: Inicio: DD/MM/AA Final: DD/MM/AA
**DATOS DEL SEGURO Y FORMA DE PAGO**

 Fecha de Vigencia de este seguro: Inicio: DD/MM/AA Final: DD/MM/AA  
 Forma de pago: Contado  Tarjeta de Débito (con relieve)  \*Cuenta Corriente   
 Tarjeta de Crédito  \*Cuenta Ahorro 

\*Solo con cuentas de ahorro y corrientes de Banco LAFISE Bancentro

 Frecuencia de pago: Anual  Semestral  Trimestral  Mensual  Otro:

**Autorización de Débito Automático**

Nombre del Titular de la tarjeta / cuenta: \_\_\_\_\_

N° Tarjeta / Cuenta: \_\_\_\_\_

Banco Emisor: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Vencimiento: \_\_\_\_\_

Autorizo debitar de mi tarjeta/cuenta, el costo de esta póliza. En caso de reposición o cambio de mi tarjeta, haré notificación inmediata por escrito a La Compañía. Entiendo que Seguros LAFISE cargará a mi tarjeta/cuenta el valor de la póliza y sus renovaciones hasta que notifique por escrito a Seguros LAFISE la cancelación de esta autorización.

Firmada en la ciudad de \_\_\_\_\_, DD/MM/AA.

 \_\_\_\_\_  
 Firma del Cuenta o Tarjetahabiente

RELACIÓN DE BIENES A AMPARAR	SUMA SOLICITADA
01. EDIFICACIONES	
02. MURO PERIMETRAL	
03. MEJORAS	
04. EFECTOS PERSONALES (CONTENIDO)	
05. OTROS	
<b>TOTAL</b>	

¿Desea asegurar el contenido por un valor equivalente al 10% de la suma asegurada del inmueble, hasta un máximo de veinte mil dólares (US\$20,000)? SI  NO

En caso de requerir mayor suma asegurada, deberá indicarlo presentando inventario detallado de los bienes y sus montos.

**Coberturas de la Póliza**

- Incendio, Rayo, Explosión
- Tumultos populares, Disturbios Laborales, Hulegas y Paros
- Extensión de Cobertura
- Terremoto o Temblor de Tierra, Maremoto, Erupción volcánica o Fuerza subterránea
- Pillaje o Saqueo en caso de Catástrofes Naturales
- Inundación

**Incluido sin costo adicional**

- Pérdida de renta (pago de alquiler) por 3 meses - 1% de la suma asegurada con máximo de US\$500.00
- Remoción de Escombros 5% de la Suma Asegurada
- Accidentes personales al Núcleo Familiar US\$2,500.00
  - Muerte Accidental US\$2,500
  - Incapacidad total y permanente US\$2,500
  - Gastos en caso de accidente US\$250

**UBICACIÓN DEL RIESGO QUE SE PROPONE ASEGURAR**

Ubicación del riesgo (dirección exacta) \_\_\_\_\_

Linderos (indicar claramente la índole de las actividades ejercidas en los inmuebles colindantes)	Distancia aprox. en mts	N		
		O		E
			S	

Indicar cercanía de ríos, cauces, playa u otros indicadores de riesgo. Lo mismo que cuarteles de bomberos ubicados en el área:

 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**EDIFICACIONES A ASEGURARSE O QUE CONTIENE LOS BIENES A ASEGURAR**

Número de pisos: \_\_\_\_\_ Año de construcción: \_\_\_\_\_ Área Construida: \_\_\_\_\_

Indicar áreas en metros de construcción del edificio cuando sea de diferente material: \_\_\_\_\_

**Descripción de los bienes a asegurar o anexas hoja. Favor especificar tipo de material.**

Paredes		Ventanas
Estructura de Paredes		Pisos
Techo		Puertas
Estructura de Techos		Sistema Eléctrico
Cielo Raso		Tipo de Protección

**OTROS SEGUROS CONTRA INCENDIO SOBRE LOS MISMOS BIENES**

 ¿Tiene otros seguros vigentes?  SI  NO

Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

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

**DECLARACIÓN**

Por la presente solicito la emisión de un contrato de Seguro de Incendio y coberturas adicionales que deberán indicarse en el texto de la póliza usada por La Compañía. Para tales efectos declaro y convengo, formalmente mediante la firma de esta solicitud que la información que doy en este documento es verídica y que no he omitido ninguna circunstancia que tienda a aminorar la gravedad del riesgo, con el fin de influenciar a La Compañía para que suscriba la póliza. Esta solicitud forma la base sobre la cual se fundamentará La Compañía para emitir la póliza y que cualquier declaración falsa o inexacta causa nulidad de la mencionada; la presente solicitud no implica compromiso alguno de aceptar la cotización de La Compañía ni obliga a ésta a emitir la Póliza solicitada. Por consiguiente, el Contrato entrará en vigor hasta que La Compañía acepte por escrito la presente solicitud y expida la Póliza, previo recibo de la prima correspondiente, teniendo como vigencia la señalada en las Condiciones Particulares de la misma.

Fecha en que se firma la solicitud: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre y Firma de Intermediario (clave N°)

"Doy fe de haber tenido a la vista los documentos probatorios registrados en esta solicitud"

