

## SOLICITUD DE SEGURO POLIZA DE SEGURO DE INCENDIO HOGAR

### DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

Naturaleza del Asegurado:  PERSONA NATURAL  PERSONA JURÍDICA

Contrata la póliza por ser:

Propietario  Acreedor  Beneficiario  Arrendatario  Otro:

Nombre o razón social: \_\_\_\_\_

Documento de identidad No: \_\_\_\_\_ Nacionalidad (si Aplica): \_\_\_\_\_

Tipo de Doc. de Identidad:

Cédula  Pasaporte  Cédula Residente  RUC  Otro:

Nombre completo del representante legal (Si aplica): \_\_\_\_\_

Sexo (Si aplica):  Masculino  Femenino Fecha de nacimiento (si aplica): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Estado civil (si aplica):  Soltero (a)  Casado (a)  Unión libre:  Otro:

Es Zurdo?

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_

Dirección de Cobro: \_\_\_\_\_

Teléfono Domiciliar: \_\_\_\_\_ Teléfono de Oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### DATOS SOBRE LA POLIZA A CONTRATAR

Emitir póliza a nombre de: \_\_\_\_\_

Vigencia de la póliza Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_ Moneda de la póliza: \_\_\_\_\_

Con Cesión de Derecho:  SI  NO Monto de la Cesión: \_\_\_\_\_

Moneda de la Cesión: \_\_\_\_\_

Nombre del Cesionario o Acreedor: \_\_\_\_\_

Forma de pago de la prima:  Al Contado  En cuotas No. De Cuotas:  1  2  3  4  5  6  
 Otra

Ocupación y/o Actividad:  Vivienda  Casa de Verano  Apartamento  Vivienda y Negocio  
 Vivienda en Alquiler

**DATOS SOBRE EL BIEN A ASEGURAR**

DESCRIPCIÓN	Área Construida en Mts <sup>2</sup>	VALORES A RIESGO	BASE DE VALUACIÓN
Edificios	_____	_____	( ) VALOR REAL ( ) VALOR REPOSICIÓN
Muros	_____	_____	( ) VALOR REAL ( ) VALOR REPOSICIÓN
Muebles, Útiles y/o Enseres	_____	_____	( ) VALOR REAL ( ) VALOR REPOSICIÓN
Otros Bienes	_____	_____	( ) VALOR REAL ( ) VALOR REPOSICIÓN
Pérdida Renta/Pago Alquiler	_____	_____	
<b>TOTAL VALORES A RIESGO:</b>	_____	_____	
En el caso de Otros Bienes, por favor Ampliar: _____			

**DESCRIPCIÓN DE LOS MATERIALES DE CONSTRUCCIÓN DE LOS ELEMENTOS DEL EDIFICIO:**

Estructura de Pared:	_____	Pared:	_____
Estructura de Techo:	_____	Cubierta de Techo:	_____
Cielo Raso:	_____	No. de Pisos/Entrepiso:	_____

**DESCRIPCIÓN DE LOS LINDEROS DE LA PROPIEDAD O BIEN A ASEGURAR:**

LINDEROS	OCUPACIÓN	TIPO DE CONSTRUCCIÓN	DISTANCIA APROX. (m)
NORTE	_____	_____	_____
SUR	_____	_____	_____
ESTE	_____	_____	_____
OESTE	_____	_____	_____

**OTROS DATOS DE INTERÉS:**

Dirección Exacta de la Ubicación del Bien: \_\_\_\_\_  
 Distrito: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_  
 No. de Pisos del Edificio: \_\_\_\_\_ Año de Construcción: \_\_\_\_\_ Área Construida (Mts<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_  
 Sistema Eléctrico: ( ) Entubado Empotrado ( ) Entubado Superficial ( ) Protoduro ( ) Cableado ( ) Otro: \_\_\_\_\_  
 ¿La propiedad permanece sola por más de 24 horas continuas? ( ) SI ( ) NO  
 ¿Tiene otros seguros vigentes sobre los mismos bienes?: ( ) SI ( ) NO ¿Cuál es el vencimiento?: \_\_\_\_\_  
 ¿En qué Aseguradora tiene dichos seguros?: \_\_\_\_\_  
 ¿Ha sufrido siniestros sobre los mismos bienes que solicita asegurar?: ( ) SI ( ) NO  
 ¿En qué fecha?: \_\_\_\_\_  
 ¿Cuál fue la causa del Siniestro?: \_\_\_\_\_  
 Avalúo: ( ) SI ( ) NO ¿En qué fecha? \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTOS

- ¿Desea Usted someterse al proceso de arbitraje ante cualquier controversia que surgiera de este contrato? ( ) SI ( ) NO
- ¿Desea usted que le enviemos su póliza a su correo electrónico? ( ) SI ( ) NO

### MEDIDAS DE SEGURIDAD SOBRE EL RIESGO

#### PARA CASOS DE INCENDIO, CUENTA CON:

Extintores de Incendio: ( ) SI ( ) NO ¿Cuántos Tiene?: \_\_\_\_\_

\*Sistema completo contra incendio: ( ) SI ( ) NO

Tipo de Extintores de Incendio (\*Detectores de humo, alarmas, rociadores automáticos.) : \_\_\_\_\_

Indique la distancia del Hidrante contra incendio, más cercano (Mts<sup>2</sup>): \_\_\_\_\_

#### PARA CASOS DE ROBO, CUENTA CON:

¿Tiene Vigilantes?: ( ) SI ( ) NO ¿Cuántos Tiene? \_\_\_\_\_ ¿Son Propios o Comunitarios? \_\_\_\_\_

¿Tiene Circuito Cerrado de Televisión?: ( ) SI ( ) NO ¿Tiene Cercas Eléctricas?: ( ) SI ( ) NO

¿Tiene Alarmas contra Robo?: ( ) SI ( ) NO

¿La Alarma es monitoreada por una Empresa de Vigilancia: ( ) SI ( ) NO

### Consentimiento para el manejo de datos:

De conformidad con lo establecido en el art. 9 de la ley 787, Ley de Protección de datos personales, se autoriza el tratamiento de los datos personales suministrados voluntariamente a MAPFRE Seguros Nicaragua S.A. y/o cualquiera de las sociedades donde ésta tenga participación directa o indirecta como accionista (MAPFRE). La finalidad de esta autorización es la prestación de servicios derivados del propio contrato, estudios estadísticos, la lucha contra el fraude y la prevención de lavado de activos.

Se autoriza, además, que los datos puedan ser cedidos, exclusivamente, para las finalidades indicadas anteriormente a otras entidades del Sistema MAPFRE. Tal cesión podrá consistir en una transferencia de datos a otras personas físicas o jurídicas con las que las distintas entidades del Sistema concluyan acuerdos de colaboración y/o prestación de servicios, tanto a nivel local o internacional. Se exigirá en tales acuerdos el cumplimiento de los estándares de seguridad requeridos por la legislación nicaragüense. Esta autorización tendrá vigencia incluso una vez extinguida la relación contractual existente, respetando en todos los casos la legislación nicaragüense sobre protección de datos personales y sin necesidad de que le sea comunicada cada primera cesión que se efectúe a los referidos cesionarios.

Los referidos datos se recogen confidencialmente en el Centro de Procesamiento de Datos MAPFRE domiciliado en Miami, quienes asumen la adopción de las medidas de índole técnica y organizativa para proteger la confidencialidad e integridad de la información, de acuerdo con lo establecido por el art. 11 de la Ley 787.

El titular de los datos podrá ejercer todos los derechos que le confiere la Ley 787 referente a la rectificación, actualización, supresión, retiro o bloqueo total o parcial de sus datos, una vez recibida comunicación fehaciente del deseo del titular de ejercer dichos derechos.

Estos derechos podrán efectivizarse a través de comunicación fehaciente dirigida a MAPFRE Seguros Nicaragua, S.A. con dirección Edificio Invercasa 1er Piso, frente al Colegio La salle.

Si desea recibir información sobre productos y servicios de las distintas entidades del Sistema MAPFRE, marque aquí por favor.

### DEBITO AUTOMÁTICO ( ) SI ( ) NO

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a debitar de mi tarjeta de crédito:



Casa emisora: \_\_\_\_\_

No. \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_ Moneda: U\$  C\$

No. de Póliza: \_\_\_\_\_

Para pagar la póliza arriba descrita contratada con MAPFRE SEGUROS NICARAGUA, a nombre de: \_\_\_\_\_

Pago Inicial U\$ \_\_\_\_\_ C\$ \_\_\_\_\_ Valor de la Cuota U\$ \_\_\_\_\_ C\$ \_\_\_\_\_ Forma de Pago: \_\_\_\_\_ No. de Cuotas: \_\_\_\_\_

**Para realizar pago  
en cuenta bancaria:**

**BANPRO CTA. NO. 10010405685211 CÓRDOBAS**  
**BANPRO CTA. NO. 10010415685194 DÓLARES**  
**BAC CTA NO. 00154562 CÓRDOBAS**  
**BAC CTA. NO. 001084836 DÓLARES**

**En caso de realizar depósito bancario,  
favor hacer referencia al No. de Póliza**

### DECLARACION Y AUTORIZACION DEL SOLICITANTE

El Solicitante del seguro declara tener conocimiento y estar de acuerdo con las siguientes condiciones:

- Por la presente solicito la emisión de un Seguro de Incendio Hogar en el texto de la póliza usada por la Compañía; así mismo declaro y convengo en que todas las respuestas y declaraciones anteriores son completas y verdaderas y forman la base sobre la cual se registrará la Compañía para emitir la póliza que solicito y que cualquier declaración falsa o inexacta causará la nulidad de la misma. La póliza entrará en vigor hasta que la Compañía haya dado por aceptada la solicitud en forma escrita, haya expedido la póliza y recibido el pago de la prima correspondiente en los términos convenidos, teniendo como vigencia la señalada en la respectiva póliza. También autorizó el consentimiento para el manejo de mis datos personales, según el acápite correspondiente.
- Asimismo autorizo que la Póliza de Seguro en caso de haber marcado SI en el acápite correspondiente al débito, sea pagada a través de débito automático, autorizando se debite todo movimiento de la póliza (inclusiones, aumentos, renovaciones, etc), y en caso de reposición, cambio o pérdida de tarjeta autorizo se hagan los cargos correspondientes en mi nueva tarjeta.
- Confirmando haber sido informado de forma clara, completa y oportuna de los alcances de este seguro y que dispongo de la libertad de solicitar cualquier aclaración en el momento que así lo requiera. Así como de recibir una atención ágil y oportuna de cualquier reclamación amparada por esta póliza.

FIRMADO EN: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ EN FECHA: \_\_\_\_\_  
CIUDAD PAIS DIA MES AÑO

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL INTERMEDIARIO

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL  
INTERMEDIARIO