

PÓLIZA DE SEGURO CONTRA TODO RIESGO DE INCENDIO

Solicitud de Seguro		
Todo Riesgo de Incendio		
Solicitante		
Nombres Completos		
CI o RUC		
Poliza debe expedirse a favor del Siguiete Beneficiario		
Nombre del Beneficiario		
Ubicación del Riesgo		
Ciudad		
Dirección		
Telefono		
Dirección de Cobranza		
Ciudad		
Dirección		
Telefono		
Vigencia del Seguro		
Desde	<i>Fecha</i>	
	<i>Hora</i>	
Hasta	<i>Fecha</i>	
	<i>Hora</i>	
Detalle de los bienes asegurados		
Edificación		USD \$
	TOTAL	
Muebles y Enseres, consistentes en:		USD \$
Mercaderías Propias, consistentes en:		USD \$
Mercaderías de Terceros o en Consignación, consistentes en:		USD \$
Materias Primas, consistentes en:		USD \$
Maquinarias, Herramientas y Equipos, consistentes en:		USD \$
Otros Bienes, consistentes en:		USD \$

--	--

TOTAL VALOR ASEGURADO	USD \$
------------------------------	---------------

Amparos Opcionales	USD \$

Información del Asegurado

¿Estos mismos bienes han estado Asegurados en esta misma Compañía?

¿Cuáles de los bienes antes detallados por usted, estuvieron anteriormente, asegurados por otra aseguradora? Por favor, especifique qué bienes y con qué compañía.

¿Ha sufrido siniestros por incendio en los últimos 5 años detalle de valores y causas?

	<i>Fecha</i>
	<i>Fecha</i>
	<i>Fecha</i>

¿Le ha sido rechazada una solicitud de seguro, o cancelada o negada una renovación, por esta u otra compañía de seguros?

¿Lleva contabilidad de acuerdo a la Ley?

¿Existen otros seguros sobre los mismos intereses?

	<i>Compañía</i>	
<i>Poliza No</i>		<i>Valor Asegurado</i>
<i>Fecha de Vencimiento</i>		

¿Cuánto tiempo lleva viviendo en la ubicación por asegurar?

¿Cuánto tiempo lleva establecido el negocio o Empresa por asegurar?

--

Nacionalidad

Nombres de los Socios (Compañías de Responsabilidad Limitada o Compañías Anónimas)

Declaro y reconozco que las declaraciones realizadas por mi persona son exactas, verídicas, corresponden a la realidad material y constituyen la base sobre la que la compañía de seguros acepta el riesgo que solicito asegurar.

Concedor(a) de las penas de perjurio, declaro bajo juramento que el origen de los valores que serán cancelados en caso de emitirse la Póliza, son y provienen de actividades lícitas.

--

Ciudad y Fecha

--

Firma del Solicitante

--

Productor de Seguros

--

Suscriptor

--

El Contratante y/o Asegurado podrán solicitar a la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, la verificación de este texto.

NOTA: La Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros, para efectos de control, asignó a la presente póliza el registro No. 47011 de 16 de agosto de 2017.

