

**SOLICITUD DE SEGURO  
RAMO COMBINADO FAMILIAR**

**PROPUESTA N°:**



U R U G U A Y

Rincón 493 – 11000 Montevideo  
T.E. 915 8500 – FAX 915 8585

COTIZACION N°:

CLIENTE N°:

POLIZA N°:

ORGANIZADOR N°:

CORREDOR N°:

FECHA:

SELLO DE ENTRADA CENTRO DE EMISION	SELLO DE ENTRADA CASA CENTRAL
------------------------------------	-------------------------------

CONTROL COBRANZA

**VIGENCIA** DESDE:    HASTA:

**TOMADOR**

(1) NOMBRE: ..... 1° APELLIDO: ..... 2° APELLIDO: .....

(2) RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA: ..... RUC O C.I.: .....

TITULAR DE LA POLIZA INDICAR SI ES NUMERAL (1)  (2)  TEL: ..... FECHA NAC.: ...../...../.....

DOMICILIO FISCAL: ..... N°: ..... PISO: ..... DPTO: ..... COD. POSTAL: .....

LOCALIDAD: ..... DEPARTAMENTO: .....

E-MAIL: ..... DIRECCIÓN DE COBRO: .....

**ASEGURADO**

(1) NOMBRE: ..... 1° APELLIDO: ..... 2° APELLIDO: .....

(2) RAZÓN SOCIAL DE LA EMPRESA: ..... RUC O C.I.: .....

TITULAR DE LA POLIZA INDICAR SI ES NUMERAL (1)  (2)  TEL: ..... FECHA NAC.: ...../...../.....

DOMICILIO FISCAL: ..... N°: ..... PISO: ..... DPTO: ..... COD. POSTAL: .....

LOCALIDAD: ..... DEPARTAMENTO: .....

E-MAIL: .....

**UBICACIÓN DEL RIESGO:**

**INCENDIO**

a. Incendio Edificio **SUMA ASEGURADA**

b. Incendio contenido **SUMA ASEGURADA**

c. ¿Cuál es el área aprox. de su vivienda? m2

d. Otros cesionarios o acreedores hipotecarios. Detallar

e. Adicionales para incendio:  
 Huracanes, ciclones, tempestades  
 Granizo

**RAPIÑA Y/O HURTO**

a. Rapiña contenido **SUMA ASEGURADA**

**DATOS DE LA VIVIENDA**

<p>a. ¿Es ocupada solamente por Ud.? (por "Ud." entendemos Ud. Su cónyuge, hijos, padres y demás familiares que normalmente viven con Usted.) En caso negativo, ¿es su vivienda arrendada a terceros? ¿Cuál es la ocupación total de su vivienda? ..... .....</p> <p>b. ¿Es utilizada para cualquier actividad comercial o profesional? <input type="checkbox"/></p> <p>c. ¿Es una vivienda de fines de semana o vacaciones <input type="checkbox"/></p> <p>d. Está deshabitada durante más de 30 días continuos al año <input type="checkbox"/> Si es así, indique cuantos días al año. ....</p> <p>e. ¿Está protegida por una alarma contra ladrones? I) ¿tiene mantenimiento <input type="checkbox"/> II) ¿firma instaladora ..... III) ¿posee respuesta a empresa? <input type="checkbox"/></p> <p>f. ¿Cuántas puertas exteriores posee su vivienda? ..... ¿Cómo están protegidas? Detallar ..... .....</p> <p>g. ¿Cuántas ventanas exteriores posee su vivienda? ..... ¿Cómo están protegidas? Detallar ..... .....</p>	<p>SI</p> <p>NO</p>	<p>h. ¿Cuántas claraboyas y/o banderolas posee su vivienda? <input type="text"/> ¿Cómo están protegidas? Detallar</p> <p>i. ¿Tiene paredes de ladrillo, piedra u hormigón? <input type="checkbox"/></p> <p>j. ¿Tiene techo de I) tejas/planchadas, o losas de hormigón o cemento? <input type="checkbox"/> II) hierro galvanizado, fibrocemento, tejas s/ madera? <input type="checkbox"/> III) cualquier otro material <input type="checkbox"/> En caso afirmativo en II) y III), detallar seguridades.</p> <p>l) alarma <input type="checkbox"/> II) cielorraso de madera machimbrada <input type="checkbox"/> III) rejas <input type="checkbox"/> IV) otros <input type="checkbox"/></p> <p>k. ¿Se encuentra la vivienda en buenas condiciones de mantenimientos? <input type="checkbox"/></p> <p>i. ¿Esta ubicada al lado de cualquier cuerpo de agua tal como el mar, un lago o un canal <input type="checkbox"/></p> <p>m. ¿Existen dentro del mismo pedido otras construcciones? <input type="checkbox"/></p> <p>n. ¿Desean asegurar los bienes depositados? <input type="checkbox"/></p>	<p>SI</p> <p>NO</p>
--	---------------------	--	---------------------

Construcción de Paredes:

---

Techos:

---

Aberturas exteriores:

---

Defensas de las mismas:

P 18/42-U-5000-06/06

**CON RESPECTO A LAS SECCIONES DE LA COBERTURA QUE UD. ESTÁ ELIGIENDO Y A CUALQUIER PERSONA QUE NORMALMENTE RESIDA CON Ud. EN SU DOMICILIO ACTUAL O EN OTRA PARTE.**

a. ¿Ha sufrido alguna vez algún siniestro? Si  No   
 A consecuencia de: .....  
 ¿Cuántas veces? .....  
 ¿Estaba asegurado? .....  
 Compañía .....  
 Importe de las pérdidas .....  
 Fecha: .....

c. ¿Posee otros seguros? Si  No   
 Compañía .....  
 d. ¿Ud. o cualquier miembro de su familia que vive con Ud. ha sido alguna vez condenado por un delito Si  No   
 Si Ud. ha marcado cualquiera de los casilleros indique a continuación mayores detalles:  
 .....  
 .....  
 .....

b. ¿Le ha sido declinado, cancelado o condicionado algún seguro? Si  No   
 ¿Por qué? Detallar  
 .....  
 .....  
 .....

**CONTENIDO DE LA VIVIENDA** Declaración de objetos de alto riesgo mayores a u\$s 500

OBJETO	MARCA	MODELO	N° DE SERIE	IMPORTE

**RETICENCIA DEL ASEGURADO** Toda declaración falsa o toda reticencia de circunstancias conocidas por el asegurado, aún hechas de buena fe, que a juicio de peritos hubiese impedido el contrato o modificado sus condiciones, si el asegurador hubiese sido cerciorado del verdadero estado del riesgo, hace nulo el contrato, y por ende, da derecho al Asegurador a reclamar las indemnizaciones abonadas y, en caso de mala fe, a percibir la totalidad del premio acordado.

**RESPONSABILIDAD CIVIL**

SUMA ASEGURADA

**CRISTALES**

SUMA ASEGURADA

**OTRAS COBERTURAS**

.....  
 .....  
 .....

Deseo contratar los riesgos detallados en esta solicitud, en las condiciones usuales de esa compañía y de acuerdo con los detalles mencionados en la presente solicitud, tomando en cuenta que de ser aceptado el mismo entrará en vigencia a las 12 horas del día siguiente de ser presentado.

**FORMA DE PAGO:**

Descuento en cuenta bancaria     Tarjeta de Crédito     Pago en oficinas  
 Depósito Bancario     Cobrador     Otros

CANTIDAD DE CUOTAS

**DESCUENTO EN CUENTA BANCARIA:**

Nro. Cuenta:.....  
 Banco:.....

**TARJETA DE CREDITO:**

Tarjeta:..... Suma:..... N° de Tarjeta:.....

\_\_\_\_\_  
 FIRMA DEL TOMADOR

\_\_\_\_\_  
 FIRMA CORREDOR

\_\_\_\_\_  
 C.I. o RUC.

\_\_\_\_\_  
 FECHA

P 18/42-U-5000-06/06

**SOLICITUD DE SEGURO  
RAMO COMBINADO FAMILIAR**

**PROPUESTA N°:**



U R U G U A Y

Rincón 493 – 11000 Montevideo  
T.E. 915 8500 – FAX 915 8585

**ACREEDOR**

APELLIDO Y NOMBRES: .....

C. I.: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TEL: .....

FECHA NAC: 

--	--	--

DOMICILIO: ..... N°: ..... PISO: ..... DPTO: ..... COD. POSTAL: .....

LOCALIDAD: ..... DEPARTAMENTO: .....

DEPARTAMENTO	LOCALIDAD	% RECARGO ADMINISTRATIVO	% RECARGO FINANCIERO	SUMA ASEGURADA	PRIMA	% TOTAL RECARGO

PRIMA	RECARGO ADMINISTRATIVO	RECARGO FINANCIERO	SUB TOTAL	IMPUESTO ENTIDADES ASEGURADORAS	IMPUESTO MSP	SUB TOTAL

OBSERVACIONES		
COMISION ORGANIZADOR		
COMISION CORREDOR		
COMPETITIVO		
TARIFA ESPECIAL		
RECARGO ADMINISTRATIVO		
RECARGO FINANCIERO		

ADICIONALES	SI	NO
INCENTIVO CRECIMIENTO		