

**SOLICITUD DE SEGURO
RAMO INCENDIO**

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:

OCUPACIÓN ESPECÍFICA:

OCUPACIÓN TOTAL:

UBICACIÓN DEL RIESGO ESPECÍFICO:

UBICACIÓN DEL RIESGO TOTAL:

ENTRE CALLES:

TIPO DE CONTRUCCIÓN:

PAREDES: MAMPOSTERÍA HIERRO GALVANIZADO MADERA OTROS

TECHOS: PLANCHADA TEJAS S/PLANCH. HIERRO GALVANIZADO FIBROCEMENTO

QUINCHADO OTROS

CIELOS RASOS: MADERA MACHIMBRADA ALUMINIO YESO ESPUMAPLAST

OTROS

CANTIDAD DE PISOS: **¿TIENE SÓTANO?** SI NO

LINDEROS: DERECHA ¿CÓMO SE OCUPA?
IZQUIERDO ¿CÓMO SE OCUPA?
FONDO ¿CÓMO SE OCUPA?

OBJETOS Y CAPITALES A ASEGURAR

a) Si el capital a asegurar no se detalla por objeto, todos los objetos constituirán un único seguro; es decir que en caso de siniestro, la indemnización se hará en forma general.

b) Si el capital se detalla por objeto cada ítem será considerado como un seguro independiente, es decir que en caso de siniestro, lo máximo a indemnizar por objeto será lo solicitado por el asegurado.

OBJETO	SUMA ASEGURADA	TASA %
1. EDIFICIO		
2. CONTENIDO GENERAL		
3. MAQUINARIAS / INSTALACIONES		
4. MERCADERIAS		
5. PERDIDA DE BENEFICIOS		
6. OTROS		

OTROS RIESGOS ADICIONALES A CUBRIR:

RC LINDEROS INCENDIO POR TUMULTO, HUELGA Y/O DAÑOS MALICIOSOS GRANIZO TERREMOTO

REMOCION DE ESCOMBROS (ESPECIFICAR) HURACANES, CICLONES Y TEMPESTADES COBERTURA CAM. FRIG. OTROS

P 3/3-U-2000-06/06

CLAUSULA DE PROPORCIÓN Si la suma asegurada es inferior al valor asegurable, el Asegurador sólo indemnizará el daño en la proporción que resulte de ambos valores. Cuando se aseguren diferentes bienes con discriminación de sumas aseguradas se aplican las disposiciones precedentes, a cada suma asegurada independientemente.

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.

¿HA SUFRIDO SINIESTROS CON ANTERIORIDAD? SI NO
MONTO: FECHA:
¿LE FUE NEGADO SEGURO PARA ALGUNA DE ESTAS COBERTURAS? SI NO
COMPañIA: CAUSA:
¿EXISTEN OTROS SEGUROS AMPARADOS ESTOS MISMOS BIENES?

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:.....

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.

P 3/3-U-2000-06/06

FIRMA DEL TOMADOR

FIRMA CORREDOR

C.I. o RUC.

FECHA

RENUEVA POLIZA	P/E	TARIFA ESPECIAL	FACULTATIVO	GRUPO ESTADISTICO	CODIGO DE PRODUCTO

EN CALIDAD DE:

MONTO:

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	% FACTOR IMPIESTO	% 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		