

## EQUIPO ELECTRONICO TODO RIESGO

(COLONES)

## SOLICITUD DE ASEGURAMIENTO



Cédula Jurídica 3-101-678807

Este formulario podrá ser confeccionado a máquina o por cualquier medio electrónico, así como también podrá ser llenado a mano, con letra de imprenta legible y sin tachaduras.

Razon Social de la Empresa:		No. RUC:	
Actividad Economica:			
Direccion de la Empresa:			
País y provincia:		Cantón y distrito	
Otras señas específicas			
Teléfono fijo y celular		Email y fax:	Apto. Postal:
Nombre del Representante Legal:			Sexo: M ( ) F ( )
No. de identificación:		No. Pasaporte:	
Nacionalidad:			
Numero y Registro de Cedula de Residencia:			
Teléfono fijo y/o movil:		Fax o Correo Electronico:	
Profesión y/o ocupación:			
Fecha y lugar de Nacimiento (indique el país)			
Dirección de Domicilio			
País y provincia:		Cantón y distrito	
Otras señas específicas			
Nombre Completo:			
No. de identificación:		Fecha de vencimiento:	
Nacionalidad (es):		Sexo y Estado Civil	M ( ) F ( )
Teléfono fijo y celular:		Email y fax:	
Profesión y ocupación:			
Fecha y lugar de Nacimiento (Indique el país):			
Dirección de Domicilio:			
País y provincia:		Cantón y distrito	
Otras señas específicas:			
Información laboral:			
Trabaja en lo propio	Sí ( ) No ( )	Nombre de la empresa y/o negocio:	
País y provincia:		Cantón y distrito:	
Otras señas específicas:			
Cargo que desempeña:			Ingreso mensual:
Teléfono:		Email y fax:	
Beneficiarios en caso de no poder indemnizar al asegurado			
Nombre completo	No. Identificación	% de Participacion	

*[Handwritten signatures]*

Tipo de Equipo	Cantidad/Numero	Uso	Ubicacion
Fijo	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Movil	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Portatil	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Porteadores Externos	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Interés asegurable del solicitante sobre el o los Equipo(s) Electronicos y/o Porteadores Externos a ser asegurados:

Año (s) de Fabricacion (Antigüedad) del o los Equipo(s) Electronicos y/o Porteadores Externos:

Detalle y/o particularidades del o los Equipo(s) Electronicos y/o Porteadores Externos a ser asegurados:

Direccion de la Ubicacion del o los Equipo(s) Electronicos y/o Porteadores Externos a ser asegurados:

Provincia	Cantón	Distrito
Ciudad	Barrio / Calle	Casa No.

Otras señas:

Tipo de Ubicacion:	Residencia ( )	Empresa ( )	Comercio ( )	Industria ( )
	Giro: _____		Giro: _____	
	Centros Educativos ( )			

Acreeedor

Acreeedor	No. de Identificacion	Grado de Acreeencia	Monto de la Acreeencia

Fecha de Solicitud      Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Tipo de trámite      Cotización ( ) Emision ( ) Renovacion ( ) Endoso o Mod. ( ) Si Endoso: No. de Poliza Actual \_\_\_\_\_

Moneda: ( ) Colones      Forma de pago:      Anual ( ) Semestral ( ) Trimestral ( ) Mensual ( )

Forma de Pago:	Anual	Semestral	Trimestral	Mensual
Numero de Cuotas:	1	2	4	12
Porcentaje de Recargo:	0%	8%	11%	13%

Conducto de cobro      ( ) Pago directo del Asegurado      ( ) Cargo automático      No. De tarjeta \_\_\_\_\_      Emisor \_\_\_\_\_  
 ( ) Dedución de planilla      Patrono: \_\_\_\_\_      Código: \_\_\_\_\_

Existe alguna póliza vigente con otra aseguradora para estos bienes      ( ) Sí      Si la respuesta es afirmativa, favor indicar      Aseguradora \_\_\_\_\_  
 ( ) No      No. Póliza \_\_\_\_\_

Aseguramiento      ( ) Aseguramiento por cuenta propia  
 ( ) Aseguramiento por cuenta de un tercero

Coberturas	Deducibles			Monto de Prima
	Monto Asegurado	Opcion	Monto	
A. Daño Directo Equipo Electronico Fijo <input type="checkbox"/>		Maximo 20% de la pérdida o daño con un minimo de \$25.000,00.		
B. Daño Directo a Equipos Electronicos y/o Portatiles <input type="checkbox"/>		Maximo 25% de la pérdida o daño con un minimo de \$25.000,00.		
C. Portadores Externos de Datos <input type="checkbox"/>		Maximo 20% de la pérdida o daño con un minimo de \$25.000,00.		
D. Gastos Extraordinarios por Flete Aereo <input type="checkbox"/>		No Aplican deducibles salvo pacto en contrario		
E. Gastos adicionales por alquiler de Equipo <input type="checkbox"/>		No Aplican deducibles salvo pacto en contrario		

CASA DE SEGUROS



**Política Conozca a su Cliente**

Versión: 1 N° CIF: 0  
 Rige a partir de: Fecha:



Nombre Completo	
No. de identificación	Fecha de vencimiento
Nacionalidad (es)	Sexo y Estado Civil M ( ) F ( )
Teléfono fijo y celular:	Email y fax:
Profesión y ocupación	
Fecha y lugar de Nacimiento (Indique el país)	

**Dirección exacta de la residencia permanente**

País y provincia:	Cantón y distrito
Otras señas específicas:	

**Información laboral**

Trabaja en lo propio	Sí ( ) No ( )	Nombre de la empresa y/o negocio
Actividad económica de la empresa		
Cargo desempeñado	Ingreso mensual	
Teléfono	Email y fax:	
País y provincia:	Cantón y distrito	
Otras señas específicas:		

Número y Vencimiento Ced. Jur.:	Tipo de persona jurídica	( ) S.A. ( ) R.L. ( ) OTRO:
---------------------------------	--------------------------	-----------------------------

Razón Social	Nombre Comercial:
Fecha y lugar de constitución:	
Teléfono fijo y celular:	Email y fax:

**Dirección exacta del domicilio social**

País y provincia:	Cantón y distrito
Otras señas específicas:	

**Dirección exacta del domicilio comercial (si es igual a la del domicilio social no llenar)**

País y provincia:	Cantón y distrito
Otras señas específicas:	

**Dirección exacta del domicilio social**

Actividad o la naturaleza del negocio	
Propósito y naturaleza de la relación comercial	
Ingreso mensual promedio	Cantidad de empleados

Nombre completo	No. Identificación	% Participación

Línea de seguro	Forma de pago
Monto asegurado	Prima
Beneficiario	

*[Handwritten signature]* *[Handwritten name]*

