

SOLICITUD DE SEGURO POLIZA DE SEGURO 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): _____

Número del Doc. de Identidad 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: _____

DATOS SOBRE EL BIEN A ASEGURAR

DESCRIPCIÓN	Área Construida en Mts ²	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	_____	_____	
TOTAL VALORES A RIESGO:	_____	_____	

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: _____ 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 (Mts²): _____
 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?: _____

CONSENTIMIENTOS:

¿Desea Usted someterse al proceso de arbitraje ante cualquier controversia que surgiere 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 (Mts²):

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

DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

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

- La presente Solicitud no es confirmación de aceptación del riesgo por parte de MAPFRE | NICARAGUA y por tanto no representa garantía alguna de que el riesgo será aceptado por MAPFRE | NICARAGUA, ni de que, en caso aceptarse concuerde totalmente con los términos de la presente solicitud, la aceptación del riesgo se hará efectiva mediante la emisión de la Póliza correspondiente conforme las políticas internas de suscripción y después de haber recibido la prima del seguro en la fecha y forma convenida.
- La Póliza de seguro que se emita tomando como base la presente solicitud, será nula en todos sus efectos cuando el Solicitante haya omitido, ocultado, adulterado o falsificado cualquier información o documento relevante para la apreciación correcta del riesgo objeto del seguro, que de conocerlo MAPFRE | NICARAGUA, hubiere provocado que no se suscribiera el riesgo o que el mismo hubiere sido suscrito en condiciones evidentemente distintas.
- 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.

LUGAR, FECHA Y FIRMAS

FIRMADO EN: _____, EN FECHA: _____
CIUDAD PAÍS DÍA MES AÑO

FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL INTERMEDIARIO

FIRMA Y SELLO DEL INTERMEDIARIO

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.

FIRMA DEL CONTRATANTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL

DEBITO AUTOMÁTICO

Yo _____ autorizo a debitar de mi tarjeta de crédito:



Casa emisora: _____

No.

Fecha de Vencimiento:

Moneda: U\$ C\$

No. de Póliza: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Email: _____ Cedula: _____

Nombre del Agente o Subagente: _____ Correduría: _____

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: _____

*También autorizo se debite todo movimiento de la póliza (inclusiones, aumentos, renovaciones, etc).

*En caso de reposición, cambio o pérdida de tarjeta, autorizo se hagan los cargos correspondientes en mi nueva tarjeta.

Firma

Fecha

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**