

**SOLICITUD PARA SEGURO de ROBO CON FORZAMIENTO y/o ASALTO**

**DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE**

Naturaleza del Asegurado:  **PERSONA NATURAL**  **PERSONA JURIDICA**

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: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Ubicación del Riesgo: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Ocupación y/o Actividad: \_\_\_\_\_

**DETALLE DE LOS BIENES A ASEGURAR:**

**PARA ASEGURAMIENTO DE DINERO Y VALORES**

**ESTIMACION DEL TOTAL DE DINERO Y VALORES A ASEGURAR:**

Inciso N°	DESCRIPCION	SI	NO	MONTO ESTIMADO (Indicar Moneda)
1.0	Dinero en efectivo, oro o plata, piedras preciosas o intereses similares	( )	( )	.....
2.0	Cheques o Títulos Valores Negociables	( )	( )	.....
3.0	Otros (describir)	( )	( )	.....
<b>TOTALES</b>				.....

Favor describir detalladamente el sistema de control que se usa para el despacho y recibo de Dinero y Valores:

**PARA ASEGURAMIENTO DE BIENES PARA USO DE LOCALES COMERCIALES**

**ESTIMACION DEL TOTAL PARA LOCALES COMERCIALES**

Inciso N°	DESCRIPCION	Valor 100% de los bienes	% a asegurar
1.0	Mercadería que consiste en:	.....	.....
		.....	.....
		.....	.....
2.0	Mobiliario y Equipo conforme declaración de bienes adjunta a esta solicitud.	.....	.....
3.0	Equipos Electrónicos de Oficina, conforme declaración de bienes adjunta a esta solicitud.	.....	.....
4.0	Otros (Describir en qué consisten):	.....	.....
<b>TOTALES</b>		.....	.....

**PARA ASEGURAMIENTO DE BIENES PROPIOS DE CASA DE HABITACION**

**ESTIMACION DEL TOTAL PARA CASA DE HABITACION**

Inciso N°	DESCRIPCION	Valor 100% de los bienes	% a asegurar
1.0	Mobiliario y Equipo conforme declaración de bienes adjunta a esta solicitud.	.....	.....
2.0	Efectos Personales, conforme declaración de bienes adjunta a esta solicitud:	.....	.....
3.0	Otros (Describir en qué consisten):	.....	.....
<b>TOTALES</b>		.....	.....

## INFORMACION GENERAL

SUMA TOTAL DEL SEGURO:.....  
**DETALLE DE PRIMA**  
DERECHO DE EMISION:.....  
IMPUESTOS:.....  
FINANCIAMIENTO:.....  
PRIMA TOTAL:.....

TARIFA:.....  
FORMA DE PAGO:.....

## DATOS SOBRE EL BIEN ASEGURAR

Lleva una Contabilidad con libros de compra y ventas? ..... Qué sistema de inventario lleva?.....  
Cuánto tiempo hace que ocupa Ud. el local o casa actual? .....  
Cuánto tiempo hace que está Ud. establecido comercialmente? .....  
Construcción del edificio: .....  
Número de pisos? ..... Paredes exteriores? ..... Paredes interiores? .....  
Techos y su armazón? ..... Cielos rasos? ..... Entrepisos? .....Tragaluces?.....  
Cuántas puertas y ventanas externas tiene el edificio? No. De Puertas: ..... Ventanas..... Cómo están protegidas? (Tipo de cerraduras) ..... Sistemas de alarma .....  
Cuántas puertas y ventanas tiene el Edificio que dan a patios exteriores? .....  
Cómo están protegidas (Tipo de cerradura) ..... En qué piso se encuentran los bienes? .....  
Quien ocupa los demás locales? .....  
Detallar si existen comunicaciones interiores (Puertas, ventanas y similares).....

## MEDIDAS Y CONDICIONES DE SEGURIDAD

Tiene vigilancia armada propia dentro del local? ..... Qué tipo de armas utilizan?.....  
Tiene vigilancia en la calle? ..... Quién cuida durante la noche y días festivos, tanto interior como exteriormente? ..... Queda solo el local en algún momento? .....  
Durante el día? ..... Durante la noche? ..... Más de un día? .....  
Sistemas de alarma: a) Con censor de movimiento?..... De contacto?..... Ambos? .....  
Ha sufrido alguna vez un robo o tentativa de robo? ..... Cuándo? .....  
Importe aproximado del robo? ..... Dónde y cómo ocurrió el robo? .....  
Cuántas veces?..... ¿ En que fecha? .....  
Ha hecho alguna vez una solicitud de seguro contra robo? .....  
Ha declinado alguna Compañía su Solicitud, rehusado renovar la póliza, aumentado la Prima o impuesto alguna condición especial? ..... En caso afirmativo, sírvase dar detalles:

## OTROS SEGUROS

Existen actualmente otros seguros contra robo sobre los mismos bienes? .....En qué Compañía? .....  
Por qué suma? .....Fecha en que lo tomó y su vencimiento? .....



## DECLARACIONES DEL SOLICITANTE

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

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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.
- d. Por la presente solicito la emisión de la póliza de seguro de robo por forzamiento y/o Asalto en el texto de la póliza usada por la Compañía; asimismo declaro y convengo en que todas las respuestas y declaraciones anteriores son completas y verdaderas y forman la base sobre la cual se fundará la Compañía para emitir la póliza que solicito y que cualquier declaración falsa o inexacta causa la nulidad de la misma la póliza entrará en vigor hasta que la Compañía haya aceptado por escrito la presente solicitud, expedido la póliza y recibido la prima correspondiente, teniendo como vigencia la señalada en la respectiva póliza.

## LUGAR, FECHA Y FIRMAS

FIRMADO  
EN:

.....  
CIUDAD

, .....  
PAIS

EN  
FECHA:

.....  
DIA    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**