

Favor completar esta solicitud con letra de molde. No debe omitir ninguna información.

1. Datos Generales del Propuesto Asegurado

1.1 Datos personales

1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Apellido de casada: _____

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____ Sexo: F M

Cédula/Pasaporte: _____ Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Viudo(a) Divorciado(a) Otros: _____

Nombre completo del cónyuge: _____ Cédula: _____

Fecha de nacimiento del cónyuge: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

¿Tiene hijos? Si No ¿Cuántos? _____ Fecha de nacimiento del hijo menor: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Lugar de nacimiento: _____

_____ Ciudad / _____ País

Teléfonos Residencia: _____ Celular: _____ Oficina: _____

1.2 Dirección Residencial

Calle o Avenida: _____ Casa o Edificio/Condominio: _____

No. Apartamento: _____ Urbanización/Área Poblada: _____ Provincia: _____

Distrito: _____ Corregimiento: _____ País: _____

Apartado postal donde desea recibir correspondencia: _____ E-mail: _____

1.3 Datos de Trabajo

Profesión: _____ Ocupación/Actividad Actual: _____

Empresa donde trabaja: _____ No. de empleado público: _____

Rango de Ingreso Familiar Mensual: Menos de B/.500.00 B/.501 a B/.1,000 B/.1,001 a B/.2,000 B/. 2,001 a B/. 3,000

B/.3,001 a B/.4,000 B/.4,001 a B/.5,000 B/.5,001 a B/.6,000 B/. 6,001 o más

2. Responsable de Pago: Completar solo si es distinto al Asegurado

2.1 Persona Jurídica

Nombre de la empresa o razón social: _____

R.U.C.

2.2 Persona Natural

1er. Apellido: _____ 2do. Apellido: _____ Apellido de casada: _____

1er. Nombre: _____ 2do. Nombre: _____ Sexo: F M

Cédula/Pasaporte: _____ Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

2.3 Dirección de Cobros

Calle o Avenida: _____ Casa o Edificio/Condominio: _____

No. Apartamento: _____ Urbanización/Área Poblada: _____ Provincia: _____

Distrito: _____ Corregimiento: _____ País: _____

Apartado Postal: _____ E-mail: _____ Teléfonos: Residencia: _____

Celular: _____ Oficina: _____ Fax: _____ Otro: _____

3. Forma de Pago

1- Descuento directo de tarjeta de crédito

Banco: _____

Nº de tarjeta:

Master Card Visa AMEX

Vencimiento: Mes _____ Año _____

Favor firmar autorización de descuento:

2- Transferencia electrónica ACH

3- Desc.Directo Cuenta Corriente

4- Transferencia de fondos
(Banca en Línea)

5- Pago voluntario

6- Descuento de planilla

Día de Pago: _____

Periodicidad: 1. Mensual

3. Trimestral

5. Semestral

2. Bimestral

4. Cuatrimestral

6. Anual

4. Datos del Bien Asegurado

4.1 Ubicación

Corregimiento: _____ Urb: _____ Calle: _____

Nombre del Edificio: _____ No. de Casa o Apto: _____

Provincia: _____ Distrito: _____ Ciudad: _____

Ocupación del Edificio Planta Baja Planta Alta Ambas

Vigencia: Desde: _____ Hasta: _____

4.2 Tipo de construcción:

El edificio tiene: _____ pisos de _____, paredes exteriores de _____

divisiones interiores de: _____, techo de: _____ y ocupado

como _____

Vidrio en la estructura del edificio Si No Describe: _____

5. Medidas de Seguridad

5.1 Para Robo

Verjas de hierro en ventanas Puerta de hierro Cerca Guardia de Seguridad

Vigilancia canina Sistema de alarma Portero eléctrico Empleada Doméstica

Verjas de hierro en aires acondicionados Ubicación en planta alta

5.2 Para Incendio

Alarma de incendio Extintores Rociadores

Detector de humo Estación de bomberos más cercana. _____

6. Tipo de Seguro ASSA Hogar

(Casa) Básica (Suma asegurada mínima B/.10,000) (Apartamento) Básica (Suma asegurada mínima B/. 10,000)

(Casa) Óptima (Suma asegurada mínima B/. 20,000) (Apartamento) Óptima (Suma asegurada mínima B/. 20,000)

Objetos de Valor: Relojes Finos: _____ Cuadros de Valor: _____ Joyas: _____

Recuerde adjuntar los documentos que sustenten tales valores. La Compañía no será responsable por siniestro alguno si el Asegurado no cumple con esta condición; en cuyo caso la responsabilidad de la Compañía se limita a B/.500.00 máx. por evento.

Suma Asegurada	Contenido	Tasa	Prima (Incluye 5%)

¿Existen otros seguros sobre los mismos bienes? Si No Indique en que Compañía: _____

Indique Montos: _____ No. de Póliza: _____

Corredor de seguros-Lic. No. _____

Firma del solicitante _____

Fecha _____

El Solicitante certifica que la información anterior es exacta.

ASSA Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho a rechazar o aceptar cualquier solicitud.