

COTIZACIÓN / SOLICITUD DE SEGURO RAMO DE INCENDIO

Oficial de seguros:

Si hay varias ubicaciones, favor llenar solicitud por ubicación.
Llenar los espacios o marcar una opción.

PRIMERA PARTE: COTIZACIÓN				
1. DATOS SUMINISTRADOS PARA LA COTIZACIÓN				
DATOS GENERALES				
Primer Nombre / Razón Social		Segundo Nombre / Nombre Comercial		Otro Nombre
Primer Apellido		Segundo Apellido		Apellido de Casada
Tipo de Persona		Tipo de Identificación (DPI / Pasaporte)		Número de Identificación
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento o constitución		Actividad económica / Profesión
NIT	No. Teléfono Fijo	No. Teléfono Móvil	Correo electrónico / E-mail	
Dirección del Solicitante		Zona	Departamento	Municipio
DATOS GENERALES (Continúa)				
Primer Nombre		Segundo Nombre		Otro Nombre
Primer Apellido		Segundo Apellido		Apellido de Casada
NIT		Tipo de Identificación (DPI / Pasaporte)		Número de Identificación
Nacionalidad		Fecha de Nacimiento		Profesión u Oficio
No. Teléfono Fijo		No. de Teléfono Móvil		Correo electrónico / E-Mail
OTRA INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE Y/O REPRESENTANTE LEGAL				
Es persona políticamente expuesta		Tiene parentesco con alguna persona políticamente expuesta		Es asociado cercano a una persona políticamente expuesta
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
¿Es ciudadano o residente permanente de los Estados Unidos de América?		¿Posee documento de identidad Green Card?		¿Es contribuyente del Impuesto de Rentas de Estados Unidos de América?
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
DATOS DE FACTURACIÓN				
Nombre:			NIT	No. Teléfono
Dirección Fiscal:				
REFERENCIAS PERSONALES Y/O COMERCIALES				
Nombre		Teléfonos		Parentesco / Relación
OTROS DATOS				
Cláusula de Cesión de Derechos:		Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	A favor de:	COOPERATIVA GUADALUPANA RL
			Con domicilio en:	14 AV 1-65 ZONA 14
Vigencia de la propuesta del:		Al:		
¿Le han cancelado o denegado algún seguro?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Causa	
¿Qué Aseguradora?		En qué año		

2. DESCRIPCIÓN DE LOS BIENES ASEGURABLES Y SU VALOR ASEGURABLE

Ubicación de los bienes asegurados		Municipio		Departamento	
¿Ocupado?		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si está desocupado, ¿desde hace cuantos meses?		
Tipo de Construcción	Superior <input type="checkbox"/> Semisuperior <input type="checkbox"/> Maciza <input type="checkbox"/> Madera <input type="checkbox"/>			Número de pisos:	
Uso del bien:	Vivienda <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Comercio <input type="checkbox"/> Industria <input type="checkbox"/>			Otros:	
Clasificación:	Grupo A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	¿Contiene productos corrosivos, inflamables, explosivos?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Describe:				
Protección contra incendio:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Extintidores <input type="checkbox"/> Alarmas <input type="checkbox"/>		Otros:	
¿Está el edificio aislado?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	¿Algún vecino está expuesto al riesgo de incendio o explosión?			Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Descripción de los bienes asegurables propuestos y Valor Asegurable					
Edificio principal		Q.			
Anexos y muros		Q.			
Total Cobertura a Edificios		Q.			
Mobiliario y efectos personales		Q.			
Mobiliario comercial y equipo de oficina		Q.			
Maquinaria e instalaciones		Q.			
Mercadería / materias primas		Q.			
Productos en proceso o terminados		Q.			
Total Cobertura a Contenidos		Q.			
Paralización / Pérdida de alquileres: Indemnización mensual		Q.			
Mensual Q:	Número de meses				
TOTAL SUMA ASEGURADA		Q.			

3. SELECCIÓN DE RIESGOS ASEGURABLES A COTIZAR

a)	Incendio y/o caída de rayo, incluyendo líneas aliadas	Tasa %	Prima
Líneas Aliadas:			Q.
*	Terremoto, temblor y/o erupción volcánica, caída de ceniza y/o arena volcánica e incendio consecutivo.		
*	Explosión e incendio consecutivo, motín, huelgas, alborotos populares e incendio consecutivo y daño malicioso.		
*	Caída de naves aéreas, objetos caídos de las mismas y/o colisión de vehículos terrestres		
*	Huracán, tifón, tornado, ciclón, vientos tempestuosos y/o granizo.		
*	Inundación y/o maremoto.		
*	Cobertura Amplia de Daños por Agua.	Tasa %	Prima
b)	Cobertura especial todo riesgo:		Q.
c)	Líneas complementarias**	Suma Asegurada	Q.
*	Rotura o avería de cristales y/o rótulos luminosos	Q.	Q.
	Deducible: Q.		
*	Robo por forzamiento de ladrones y/o atraco de contenido:	Q.	Q.
	Deducible: Q.		
Medidas de seguridad: Rejas <input type="checkbox"/> Guardián armado <input type="checkbox"/> Guardián no armado <input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/>			
*	Robo de valores en cajas fuertes y/o de seguridad por forzamiento de ladrones	Q.	Q.
	Deducible: Q.		

** Marcar con una "X" las coberturas requeridas

PRIMA, GASTOS E IMPUESTOS Y FORMA DE PAGO PROPUESTA:

Forma de pago propuesta			Prima	
Contado <input type="checkbox"/>	Cargo a Tarjeta de Crédito <input type="checkbox"/>		Prima Neta	
	Débito a Cuenta <input type="checkbox"/>	Fraccionado <input type="checkbox"/>	Gastos de emisión	
Fraccionado		Pagos mensuales consecutivos	Recargo por fraccionamiento	
De Q.		Cada uno	Decreto 1422	
Cotización válida por 15 días			I.V.A.	
			PRIMA TOTAL	Q

Observaciones:	

SEGUNDA PARTE: SOLICITUD DE SEGURO

Columna, Compañía de Seguros, S.A. se reserva el derecho de rechazar o aceptar cualquier solicitud de seguro. La tramitación de esta Solicitud no implica la aceptación del riesgo por parte de La Compañía.

Las respuestas y declaraciones que forman parte de mi Cotización / Solicitud de Seguro son completas, verídicas, a mi mejor juicio y conocimiento. La omisión, falsa o inexacta declaración hecha en esta solicitud, dará derecho a la Compañía a dar por terminado el contrato de seguro. Con presentar una fotocopia o el original de esta Cotización / Solicitud de Seguro, autorizo a La Compañía para que pueda corroborar la veracidad de toda la información, por cualquier medio legal, incluyendo la lectura del dispositivo incorporado en mi documento personal de identificación. Así mismo, autorizo a Columna, Compañía de Seguros, S.A., para que pueda verificar, confirmar y compartir mi información personal y financiera con el IRS (International Revenue Service) de Estados Unidos de América contenida en los registros de la Compañía.

Guatemala, _____ de _____ de 20____

Nombre y Firma del Intermediario de Seguros
Código No.

Solicitante

Constancia de Recepción _____

Este texto es responsabilidad de la aseguradora y fue registrado en la Superintendencia de Bancos según resolución Número 1089-2002 del 30 de diciembre de 2002