

SOLICITUD DE PÓLIZA DE SEGURO DE EQUIPO ELECTRÓNICO

Fecha de Solicitud: / /	N° Póliza	Vigencia	Desde 12 m.	D	M	A	Hasta 12 m.	D	M	A
-------------------------	-----------	----------	-------------	---	---	---	-------------	---	---	---

DATOS DEL TOMADOR
PERSONA NATURAL:

1er Apellido	2do Apellido o de Casada	1er Nombre	2do Nombre
C.I. N° / Pasaporte	Lugar y Fecha de Nacimiento / /	Edad	Estado Civil
Profesión / Actividad u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Dirección de Habitación			
Dirección de Oficina			Cobro <input type="checkbox"/> Hab. en: <input type="checkbox"/> Ofic.
Teléfono de Habitación	Teléfono de Oficina	Ingreso Anual <input type="checkbox"/> 0 a 6.000.000 <input type="checkbox"/> 6.000.001 a 12.000.000 <input type="checkbox"/> 12.000.001 a 18.000.000 <input type="checkbox"/> Mas de 18.000.000	
E-Mail			

PERSONA JURÍDICA:

Nombre o Razón Social (Indique las siglas si las tiene)			
Fecha de Constitución / /	Registro Mercantil _____	Tomo _____	N° _____
N° R.I.F. / R.F.P.	Actividad Económica	Promedio de Ventas Mensuales	
Representante Actual	Dirección de Cobro		
Teléfono 1	Teléfono 2	Teléfono 3	Fax
Celular	País	Estado	
Ciudad	Municipio	Zona Postal	
E-Mail			

ASEGURADO PROPUESTO: (Llenar en caso de ser diferente al tomador)**PERSONA NATURAL:**

1er Apellido	2do Apellido o de Casada	1er Nombre	2do Nombre
C.I. N° / Pasaporte	Lugar y Fecha de Nacimiento / /	Edad	Estado Civil
Profesión / Actividad u Oficio	Ejercicio Indep. <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/>	Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Dirección de Habitación			
Dirección de Oficina			Cobro <input type="checkbox"/> Hab. en: <input type="checkbox"/> Ofic.
Teléfono de Habitación	Teléfono de Oficina	<input type="checkbox"/> 0 a 6.000.000 <input type="checkbox"/> 6.000.001 a 12.000.000 <input type="checkbox"/> 12.000.001 a 18.000.000 <input type="checkbox"/> Mas de 18.000.000	
E-Mail			

PERSONA JURÍDICA:

Nombre o Razón Social (Indique las siglas si las tiene)			
Fecha de Constitución / /	Registro Mercantil _____	Tomo _____	N° _____
N° R.I.F. / R.F.P.	Actividad Económica	Promedio de Ventas Mensuales	
Representante Actual	Dirección de Cobro		
Teléfono 1	Teléfono 2	Teléfono 3	Fax
Celular	País	Estado	
Ciudad	Municipio	Zona Postal	
E-Mail			

Lugar de ubicación de los equipos: Planta baja Sótano N° de pisos superiores _____

Tipo de construcción del edificio:

Paredes: Acero Concreto Ladrillo Bloque Madera Otro _____

Techo: Platabanda Tejas Laminas metálicas Asbesto Otro _____

Para que fin se usa el edificio: Oficina Fábrica Almacenaje Laboratorio Comercio

¿Se han observado prescripciones y recomendaciones de los fabricantes en cuanto a la ubicación, funcionamiento, climatización y abastecimiento de energía eléctrica? Si No

Explique: _____

Otros: _____

Requieren los equipos mantenimiento periódico según recomendación del fabricante:

Si Items _____ No

El mantenimiento se efectúa por: El fabricante Arrendador Personal del usuario

Los equipos son operados por: El propietario Personal contratado Personal del usuario

¿Se han adquirido los equipos en estado nuevo? Si No Items _____

Los equipos son: Propios Alquilados Items _____

Adjuntar copia del contrato de alquiler.

Se utilizan en las inmediaciones materias peligrosas o inflamables.

Si Especifique _____ No

Existen en las inmediaciones de los equipos:

Cables de alta tensión Tuberías de agua Vapor Gas

Se da el peligro de inundación o anegación: Si No

Por aguas de ríos o quebradas Lluvias torrenciales Otros _____

Equipos de detección o extinción de incendios utilizados:

Detectores de humo Detectores térmicos

Pulsadores manuales de alarma Rociadores o Sprinklers Hidrantes de mangueras

Extintores manuales de: Co2 Halón Polvo Agua

Puertas incombustibles Muros corta fuego Rondas de seguridad fuera de horas de trabajo

Historia previa de siniestros:

Estuvieron los equipos asegurados previamente: Si No

¿Con que compañía? _____

Detalle siniestros previos, con causa, fecha e importe: _____

DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS EQUIPOS

Itlms	Cant.	Marca	Descripción Serial y Modelo	Año Const.	Valor de Reposición.

Coberturas Deseadas:

(Anexe hoja aparte si es necesario)

Cobertura Básica **Observaciones:** __________
_____**Sección Adicional para Equipos Electrónicos de Procesamiento de Datos**

Tipo de construcción de las paredes de la sala de máquinas:

Bloque Ladrillo Fórmica Vidrio Madera

Existen dentro de la sala de máquinas:

Cables de alta tensión Tuberías de agua Vapor Gas

Acceso a la sala de máquinas:

Limitado a personal de Procesamiento de Datos Acceso sin identificación de seguridad Acondicionamiento de aire: Central Armario Ventana No Sistema separado para la sala de computación: Si No Existe control - Regulador de: Temperatura Humedad Energía de emergencia: Por baterías Planta diesel No Regulador de voltaje: Si No No es necesario

Equipos de detección o extinción de incendio dentro de la sala de máquinas:

Detectores de humo Detectores térmicos Pulsadores manuales de alarma Rociadores o Sprinklers Hidrantes de mangueras Extintores manuales de: Co2 Halón Polvo Agua Puertas incombustibles Muros corta fuego Rondas de seguridad fuera de horas de trabajo **Observaciones:** __________
_____**Sección para Portadores Externos de Datos de Equipos Electrónicos de Procesamiento de Datos (Discos, Floppy Disk, Cintas, Cassettes)****Almacenaje:**Dentro de la sala de máquinas Porcentaje _____En estantería de madera En armarios de acero En armarios de contra fuego Fuera de la sala de máquinas Porcentaje _____En estantería de madera En armarios de acero En armarios de contra fuego

En caso de Almacenaje Fuera de la Sala de Máquinas, existen en las Inmediaciones de los Estantes o Armarios

Materiales ácidos o inflamables: Si No Explique: _____

Cables de alta tensión Tuberías de agua Vapor Gas

Trabajos Efectuados Principalmente con el Equipo de Procesamiento de Datos:

Comerciales Inventarios Cálculos Otros _____

El sistema operativo permite la elaboración de respaldo:

Diario Semanal Mensual Otro _____

Observaciones: _____

LISTA DE PORTADORES EXTERNOS DE DATOS:

Cant. Aprox.	Tipo de portador	Almacenaje		Valor de reposición	Valor de regeneración de datos	Límite combinado de indemnización
		Dentro de sala/máq.	Fuera de sala/máq.			

**Sección para Gastos Adicionales
(Que surgen al dañarse el Equipo Electrónico de Procesamiento de Datos)**

8 horas por día 16 horas por día 24 horas por día _____ Horas por día

5 días por semana 6 días por semana 7 días por semana _____ Días por semana

¿A qué Equipo de Procesamiento de Datos piensa recurrir en caso de falla del Equipo propio?:

Nombre: _____

Dirección: _____

Propio Alquilado Detalle el equipo disponible _____

¿Programación compatible sin modificación? Si No

Ha sido probado alguna vez el equipo anteriormente descrito: Si No

En caso afirmativo cuántas veces _____ Duración máxima _____ Gastos máximos _____

Sumas Aseguradas: Gastos diarios para equipo, personal, etc.

Gastos para la utilización del equipo de Procesamiento ajeno: _____

Gastos economizados al fallar el Equipo de Procesamiento propio _____

Gastos adicionales de personal que surgen al utilizar el Equipo de Procesamiento ajeno _____

Gastos de transporte adicionales: _____

Total por día de Trabajo: _____

Total por año de Trabajo: _____

Condiciones Deseadas:

Período de Indemnización: 1 mes, 2, 3, 4, 5, 6, 9 meses

Deducible o retención propia de: 2, 3, 5, 10 indemnizaciones diarias.

Límite de indemnización por día: _____

Límite de indemnización por período de indemnización: _____

Observaciones: _____

Certificamos que los datos declarados en la presente solicitud son ciertos, completos y exactos. Estos datos servirán de base para determinar la Cobertura otorgada por la Póliza y formarán parte integrante de la misma. Queda entendido que la Compañía únicamente se compromete por los Riesgos Asegurados según las condiciones de la Póliza. Los Aseguradores se comprometen a considerar los datos de esta solicitud como estrictamente confidenciales y a la vez esta solicitud no implica compromiso alguno por parte del Asegurado de aceptar la Cotización de la Compañía, ni obliga a ésta a emitir la Póliza solicitada en condiciones diferentes a las cotizadas.

“Yo, el tomador doy fé que el dinero utilizado para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.”

Ciudad y Fecha

Firma del Solicitante

Firma del Productor

Código