

Datos del Tomador del Seguro

Persona Natural

Apellidos: _____ Nombres: _____
 Cédula de Identidad V E N°: _____ Pasaporte N°: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M
 País y Ciudad de Nacimiento: _____
 Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Concubino
 Oficio u Ocupación: _____ Independiente Empleado Socio
 Descripción de la Actividad Económica, Comercial o Profesional: _____
 Nombre de la Empresa donde Labora: _____
 Cargo que Desempeña: _____ Fecha de Ingreso: _____
 Ingreso Anual (Bs.F): Hasta 10.000 Entre 10.001 y 30.000 Entre 30.001 y 60.000
 Entre 60.001 y 90.000 Entre 90.001 y 150.000 Más de 150.000
 Condición de la Vivienda: Propia Alquilada Hipotecada
 Dirección de Habitación: _____
 Urbanización/Zona/Sector: _____ País: _____
 Estado: _____ Ciudad: _____ N° Teléfono: _____
 Dirección E-mail: _____ N° Celular: _____
 Dirección de Oficina: _____
 Urbanización/Zona/Sector: _____ País: _____
 Estado: _____ Ciudad: _____ N° Teléfono: _____
 Dirección E-mail: _____

Persona Jurídica

Tipo de Persona: Jurídica Gubernamental N° R.I.F.: _____
 Nombre Comercial: _____ Razón Social: _____
 Descripción de la Actividad Económica o Comercial: _____
 Patrimonio (Bs.F): Hasta 50.000 Entre 50.001 y 500.000 Entre 500.001 y 2.000.000
 Entre 2.000.001 y 10.000.000 Entre 10.000.001 y 50.000.000 Más de 50.000.000
 Dirección del Domicilio Fiscal: _____
 Urbanización/Zona/Sector: _____ País: _____
 Estado: _____ Ciudad: _____ N° Teléfono: _____
 Dirección E-mail: _____
 Registro Mercantil: _____ Circunscripción Judicial: _____
 Fecha: _____ Número: _____ Tomo: _____
 Apellidos, Nombres del Representante Legal: _____
 Cédula de Identidad V E N°: _____ Pasaporte N°: _____
 Cargo que Desempeña: _____ N° Teléfono: _____
 Dirección de Habitación: _____
 Dirección de Oficina: _____ N° Teléfono: _____
 Oficio u Ocupación: _____ Independiente Empleado Socio
 Descripción de la Actividad Económica, Comercial o Profesional: _____
 Ingreso Anual (Bs.F): Hasta 10.000 Entre 10.001 y 30.000 Entre 30.001 y 60.000
 Entre 60.001 y 90.000 Entre 90.001 y 150.000 Más de 150.000
 Dirección E-mail: _____

Datos del Propuesto Asegurado

Complete si el **Propuesto Asegurado**, es diferente al Tomador del Seguro:

Datos Personales

Apellidos: _____ Nombres: _____
Cédula de Identidad V E N°: _____ Pasaporte N°: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: F M
País y Ciudad de Nacimiento: _____
Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Concubino
Oficio u Ocupación: _____ Independiente Empleado Socio
Descripción de la Actividad Económica, Comercial o Profesional: _____
Nombre de la Empresa donde Labora: _____
Cargo que Desempeña: _____ Experiencia Laboral: _____
Ingreso Anual (Bs.F): Hasta 10.000 Entre 10.001 y 30.000 Entre 30.001 y 60.000
 Entre 60.001 y 90.000 Entre 90.001 y 150.000 Más de 150.000
Condición de la Vivienda: Propia Alquilada Hipotecada
Dirección de Habitación: _____
Urbanización/Zona/Sector: _____ País: _____
Estado: _____ Ciudad: _____ N° Teléfono: _____
Dirección E-mail: _____ N° Celular: _____
Dirección de Oficina: _____
Urbanización/Zona/Sector: _____ País: _____
Estado: _____ Ciudad: _____ N° Teléfono: _____
Dirección E-mail: _____









Información del Riesgo

General

Tipo de Riesgo: Industrial Comercial Depósito y Almacén Oficina Otro: _____
Relación del Inmueble con el Propuesto Asegurado:
 Propiedad Alquiler Otro: _____
¿Se llevan los libros de Contabilidad de acuerdo a la Ley? Sí No
¿Dónde se guardan los libros de Contabilidad? Caja Fuerte Oficina Contable
Fecha del Inventario Físico más reciente: _____
Existencia de sustancias inflamables: Sí Describa: _____ No

Ubicación del Riesgo

Estado: _____ Ciudad: _____ País: _____
Urbanización/Zona/Sector: _____ N° Teléfono: _____
Avenida / Calle / Transversal: _____
Centro Comercial / Edif./ Torre: _____
Piso / Nivel: _____ Oficina / Local: _____
Linderos (Indique Ocupación y Tipo de Construcción):
Norte: _____
Sur: _____
Este: _____
Oeste: _____
Números de locales además del descrito: _____ Indique las direcciones:
1) _____
2) _____
3) _____
4) _____

Construcción	Año de Construcción: _____ N° de Pisos: _____ N° de Mezzaninas: _____
	Pisos Ocupados: _____ Pisos Desocupados: _____ Uso del Local y/o Edif: _____
	N° de Entrepisos: _____ N° de Sótanos: _____ Altura total (metros): _____
	¿Material frágil? <input type="checkbox"/> Sí Indique tipo de material: _____ <input type="checkbox"/> No
Regularidad: <input type="checkbox"/> V1 <input type="checkbox"/> V2 <input type="checkbox"/> V3 <input type="checkbox"/> Otros	Vista Vertical
   	Corte Horizontal
	<input type="checkbox"/> H1 <input type="checkbox"/> H2 <input type="checkbox"/> H3 <input type="checkbox"/> Otros
	   

Materiales y Elementos de Construcción	Estructura:
	<input type="checkbox"/> Concreto armado, hierro revestido de concreto armado
	<input type="checkbox"/> Metálica sin revestimiento <input type="checkbox"/> Madera
	Techo:
	<input type="checkbox"/> Concreto armado, placas de concreto, platabanda
	<input type="checkbox"/> Láminas de zinc, aluminio, hierro o asbesto
	<input type="checkbox"/> Madera, láminas no combustibles sobre armazón de madera y/o caña, láminas tratadas con aislantes combustibles
	Pared:
	<input type="checkbox"/> Ladrillo macizo, piedra, concreto armado, bloques macizos de arcilla, bloques de arcilla o de cemento huecos, frisados por ambos lados
	<input type="checkbox"/> Hierro, vidrio, asbesto, zinc, bloques de arcilla o de cemento huecos, bloques de ventilación
<input type="checkbox"/> Madera, bahareque, caña, láminas de aluminio, cartón prensado, madera comprimida y similares	
Fachada:	
<input type="checkbox"/> Obra limpia con menos del 50% de ventanería <input type="checkbox"/> Elementos prefabricados	
<input type="checkbox"/> Vidrio o ventanales completos, muro-cortina de vidrio o plástico	
<input type="checkbox"/> Cerámica, loza, mármol u otro material similar	
Elementos especiales de la construcción:	
<input type="checkbox"/> Tanques subterráneos	
<input type="checkbox"/> Tanques metálicos, de concreto armado o de mampostería reforzada, apoyados a nivel de suelo:	
<input type="checkbox"/> hasta 4 mts. de altura	
<input type="checkbox"/> más de 4 mts. (como tanques elevados o silos) Año de construcción: _____	
<input type="checkbox"/> Chimeneas industriales Altura (metros): _____	
<input type="checkbox"/> Puentes grúa con capacidad: <input type="checkbox"/> Menor que 100 toneladas <input type="checkbox"/> Mayor que 100 toneladas	
<input type="checkbox"/> Torres Altura (metros): _____ <input type="checkbox"/> Antenas Altura (metros): _____	

Prevención y Protección contra Incendio	Sistemas Básicos: <input type="checkbox"/> Alarma <input type="checkbox"/> Detección <input type="checkbox"/> Extinción Portátil
	Sistemas Adicionales: <input type="checkbox"/> Vigilancia con reloj de control <input type="checkbox"/> Vigilancia sin reloj de control
	Sistemas Especial de Extinción: <input type="checkbox"/> Halón <input type="checkbox"/> Espuma <input type="checkbox"/> Agua Pulverizada
	<input type="checkbox"/> Polvo Químico Seco <input type="checkbox"/> Bióxido de Carbono
	Hidrantes: <input type="checkbox"/> Internos <input type="checkbox"/> Externos <input type="checkbox"/> Con impulsión propia <input type="checkbox"/> Sin impulsión propia
	Fuentes de Agua: <input type="checkbox"/> Una <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Más de dos – Indique cuántas: _____
Rociadores: <input type="checkbox"/> Abiertos <input type="checkbox"/> Automáticos	
Brigada contra Incendio: <input type="checkbox"/> Personal Profesional <input type="checkbox"/> Personal No Profesional	

Bienes Asegurables

Categoría	Valores Totales a Riesgo (Bs.F.)	Primer Riesgo		Suma Asegurada (Bs.F.)
		Relativo	Absoluto	
Edificaciones		<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	
Maquinaria y Eq. Industriales		<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	
Equipos Electrónicos		<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	
Instalaciones		<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	
Existencias		<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	
Productos Terminados		<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	
Productos en Elaboración		<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	
Suministros		<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	
Mejoras o Bienhechurías		<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	
Mobiliario		<input type="checkbox"/> %	<input type="checkbox"/> %	

Detalle de las Maquinarias y Equipos Industriales:

Descripción	Marca y Modelo	Año	Capacidad	V.T. a Riesgo (Bs.F)

Detalle de los Equipos Electrónicos:

Descripción	Marca y Modelo	Año	Capacidad	V.T. a Riesgo (Bs.F)

Detalle de otro bienes que por su tipo lo requieran (Vidrios, Objetos Valiosos, etc.):

Descripción Detallada	Suma Asegurada (Bs.F)

Coberturas Solicitadas

	Descripción	Suma Asegurada Bs. F
Opcionales	<input type="checkbox"/> Básica.....	_____
	<input type="checkbox"/> Sustracción Ilegítima (Robo, Asalto o Atraco).....	_____
	<input type="checkbox"/> Mercancía en Tránsito.....	_____
	<input type="checkbox"/> Terremoto o Temblor de Tierra.....	_____
	<input type="checkbox"/> Motín, Disturbios Populares, Disturbios Laborales y Daños Malic.....	_____
	<input type="checkbox"/> Daños por Agua en exceso de la Cobertura Básica.....	_____
	<input type="checkbox"/> Inundación.....	_____
	<input type="checkbox"/> Rotura de Vidrios y Anuncios.....	_____
	<input type="checkbox"/> Deterioro de Bienes Refrigerados o Congelados.....	_____
	<input type="checkbox"/> Pérdida de Rentas: N° Meses: _____ Renta Mensual Bs.F.....	_____
	<input type="checkbox"/> Pérdidas Indirectas.....	Según Condic. Partic.
	<input type="checkbox"/> Reconstrucción de Archivo en exceso de la Cobertura Básica.....	_____
	<input type="checkbox"/> Demolición, Remoción o Limpieza de escombros en exceso de C.B.....	_____
	<input type="checkbox"/> Honorarios de Arquitectos, Topógrafos e Ingenieros en exc. de C.B.....	_____
	<input type="checkbox"/> Ramos Técnicos de Ingeniería, Maquinarias y Equipos Electrónicos	_____
	<input type="checkbox"/> Lucro Cesante por Rotura de Maquinarias.....	_____
	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil Extracontractual.....	_____
	<input type="checkbox"/> Riesgo Locativo.....	_____
	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Ante Vecinos.....	_____
	<input type="checkbox"/> Responsabilidad Civil de Productos.....	_____
<input type="checkbox"/> Fidelidad.....	_____	
<input type="checkbox"/> Dinero dentro del Local.....	_____	
<input type="checkbox"/> Dinero en Tránsito.....	_____	
<input type="checkbox"/> Falsificación.....	_____	

Sistemas de Prevención y Protección contra Robo:

¿Existe sistema de Alarma contra robo? Sí No Ubicación de los puntos protegidos:

Techo Paredes Exteriores Paredes Interiores Vitrinas o Vidrios Pisos

Ventanas Otros Especifique: _____

¿Existe Contrato de Mantenimiento del Sistema de Alarmas? Sí No

Especifique Empresa Contratada: _____

¿Existe Vigilancia? Sí No Especifique Empresa Contratada: _____

Vigilancia armada sin reloj de control, al menos una persona contratada al efecto dentro del predio durante horas no laborables.

Vigilancia armada con reloj de control, con un sistema de rondas durante las horas no laborables que recorran cada dos horas un mínimo de cuatro estaciones.

Protecciones y elementos adicionales de seguridad: _____

Información General del Seguro Solicitado

Vigencia del Seguro: Desde: ____/____/____ Hasta: ____/____/____
Intermediario de Seguros: _____ Código: _____
Beneficiarios del Seguro (si son diferentes del Propuesto Asegurado):

Apellidos, Nombres	C.I. o R.I.F.	Preferencial
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>

Otros Seguros en los últimos 5 años, incluyendo el actual:

Aseguradora	Tipo de Seguro	Suma Asegurada	Vigencia

Siniestros en los últimos 5 años:

Fecha de Ocurrencia	Causa	Cobertura Afectada	Monto Bs.F

Para ser llenado por la Compañía de Seguros

Tipo de Riesgo: _____
Observaciones: _____

Yo, el Tomador y/o Propuesto Asegurado, **DECLARO** que:

- I. He leído cuidadosa y totalmente, el contenido de la solicitud; la información que proporciono es verdadera, amplia, completa y exacta y no he omitido, ocultado, ni disimulado datos que puedan modificar la opinión de la Compañía de Seguros sobre el riesgo a asegurar.
- II. Esta solicitud forma parte del contrato de seguro, y es la base para apreciar el riesgo y fijar la prima de seguro correspondiente, y en caso de declaraciones falsas, omisiones o reticencias, la póliza podría ser objeto de nulidad absoluta de acuerdo a lo establecido en las condiciones de la misma.

Yo, El Tomador doy fe que el dinero utilizado para el pago de la prima proviene de una fuente lícita y no tiene relación alguna con capitales, bienes, haberes o beneficios derivados de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales, previstos en la Ley Orgánica contra la Delincuencia Organizada y demás leyes vigentes que rigen la materia.

Tomador del Seguro: Fecha: _____	Propuesto Asegurado: Fecha: _____	Intermediario de Seguros: Código: _____ Fecha: _____
---	--	--

Dirección para el Cobro de la Prima: Habitación/Domicilio Fiscal Oficina