

## Solicitud de Seguro Póliza de Seguro de Todo Riesgo Montaje

N° Solicitud
Emisión
Inclusión <input checked="" type="checkbox"/>
Inclusión <input checked="" type="checkbox"/>

### Datos del Tomador del Seguro, del Propuesto Asegurado y del Beneficiario

Tomador Persona Natural	Apellidos: _____ Nombres: _____
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>
	Profesión: _____ Ocupación u Oficio _____
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Promedio Anual: _____
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/>
	Dirección de Habitación: _____
	Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____
	Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____
	Dirección de Oficina: _____
	Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____
	Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____

Tomador Persona Jurídica	Denominación de la Razón Social: _____
	Siglas o Nombre Comercial: _____ Tipo de Persona: Privada <input type="checkbox"/> Pública <input type="checkbox"/>
	Fecha Constitución: ____ / ____ / ____ Patrimonio: _____ N° Registro: _____ Tomo: _____
	Actividad Económica: Industrial Comercial <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> Especifique: _____
	Nombres y Apellidos Representante Legal o Persona Contacto: _____
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
	Actividad Comercial: _____ Ingreso Promedio Anual: _____
	Dirección de Oficina: _____
	Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____
	Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____

Propuesto Asegurado:	Apellidos: _____ Nombres: _____
	Cédula / Pasaporte: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> N° _____ R.I.F.: _____ Nacionalidad: _____
	Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Estado Civil: S <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/>
	Profesión: _____ Ocupación u Oficio _____
	Actividad comercial: (si es comerciante indique el ramo): _____ Ingreso Promedio Anual: _____
	La actividad comercial la realiza como: Profesional Independiente <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/>
	Dirección de Habitación: _____
	Urbanización / Zona / Sector: _____ Estado: _____
	Ciudad: _____ Municipio: _____ N° Teléfono: _____
	Dirección de Oficina: _____

### Información General de la Póliza

Vigencia:	Desde: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Suscripción: ____ / ____ / ____	Frecuencia	Anual <input type="checkbox"/>	Semestral <input type="checkbox"/>
	Hasta: ____ / ____ / ____ (a las 12 m)	Fecha de Movimiento: ____ / ____ / ____	de Pago ↻	Trimestral <input type="checkbox"/>	Mensual <input type="checkbox"/>
Intermediario de Seguros: _____		Código: _____	Moneda: _____	Sucursal: _____	

### Información General del Riesgo

General	Índole o Actividad: _____ Tipo de Riesgo: _____
	Tipo: <input type="checkbox"/> Industrial <input type="checkbox"/> No Industrial <input type="checkbox"/> Almacén/Depósito <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Otro _____
	Relación del Inmueble con el Asegurado: _____
	¿Se llevan los libros de Contabilidad de acuerdo a la Ley? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha del Inventario Físico más reciente: ____ / ____ / ____
	¿Dónde se guardan los libros de Contabilidad? <input type="checkbox"/> Caja Fuerte <input type="checkbox"/> Oficina Contable _____
	Fecha del último inventario: ____ / ____ / ____ Fecha del establecimiento de la firma: ____ / ____ / ____

Nombre de la anterior firma, de ser el caso: \_\_\_\_\_

Ubicación del Riesgo	País: _____	Estado: _____	Ciudad: _____	Municipio: _____
	Urbanización / Zona / Sector: _____		Avenida/Calle/Transversal: _____	
	Centro Comercial/Edificio/Casa/Local: _____		Piso/Nivel / Oficina / N° Apto. / Casa: _____	
	Linderos: Norte: _____	Sur: _____	Este: _____	Oeste: _____
	Actividades en inmuebles colindantes: _____			N° Teléfono / Fax: _____

**Si posee otro(s) contrato(s) de seguro que amparen los mismos bienes, responda las siguientes preguntas**

Aseguradora	N° Contrato	Tipo de Póliza / Ramo	Vigencia	
			Desde: / /	Hasta: / /
			Desde: / /	Hasta: / /

**Si ha tenido siniestros con anterioridad a la fecha de contratación de este seguro, responda las siguientes preguntas**

Aseguradora	N° Contrato	Causa	Fecha	Monto Indemnizado
			/ /	
			/ /	
			/ /	

**Bienes a Asegurar**

Descripción	Marca / Fabricante	Modelo	Año	N° Serial	Valor Total a Riesgo

**Coberturas a Contratar**

Coberturas Básicas	Sumas Aseguradas
Cobertura Basica Todo Riesgo Montaje	

**Opcionales (El Asegurado podrá seleccionar libremente las coberturas de su preferencia)**

El asegurado NO está obligado a tomar todas y cada una de las coberturas aquí señaladas, pudiendo seleccionar libremente las que se ajusten a sus necesidades.

Movimientos Sísmicos.	<input checked="" type="checkbox"/>	
Riesgos de la naturaleza	<input checked="" type="checkbox"/>	
Erro de Diseño	<input checked="" type="checkbox"/>	
Responsabilidad Civil Extracontractual Daños Materiales	<input checked="" type="checkbox"/>	
Responsabilidad Civil Extracontractual Lesiones Corporales	<input checked="" type="checkbox"/>	
Remoción de Escombro	<input checked="" type="checkbox"/>	
Honorarios Profesionales	<input checked="" type="checkbox"/>	
Motin	<input checked="" type="checkbox"/>	
Flete Expreso, Flete Aéreo, Horas Extras, Trabajo Nocturno Y Trabajo En Días Festivos	<input checked="" type="checkbox"/>	
Otras Propiedades Adyacentes U Obras Civiles Existentes	<input checked="" type="checkbox"/>	
Transporte Terrestre	<input checked="" type="checkbox"/>	

**Declaraciones**

En mi carácter de solicitante de la póliza o en representación de éste, declaro que la información aquí suministrada es exacta, sin omisión alguna de detalle, hecho o circunstancia, con el propósito de aminorar el riesgo, en el entendido que ésta servirá de base a El Asegurador para la emisión de la póliza y el cobro de la prima correspondiente. Los riesgos empezarán a correr por cuenta de El Asegurador a partir de la fecha indicada en el Cuadro Póliza Recibo.

Apellidos y Nombres del Propuesto  
ASEGURADO TITULAR

N° Cédula del Propuesto  
ASEGURADO TITULAR

Firma del Propuesto  
ASEGURADO TITULAR

Pulgar del Propuesto  
ASEGURADO TITULAR

Fecha: / /

Huella

Como Tomador, doy fe que los recursos utilizados para el pago de la prima del presente seguro proviene de una fuente lícita y por lo tanto no tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos producto de la actividades o acciones derivadas de operaciones ilícitas.

Esta solicitud formará parte integrante de la póliza y El Asegurador estará obligada a entregar una copia al Tomador al momento del pago de la prima, conjuntamente con las Condiciones Generales, las Condiciones Particulares, el Cuadro Póliza Recibo y demás documentos que formen parte del contrato de seguro.

Firmas	Intermediario de Seguro:	Por el Tomador / Solicitante	El Representante Legal (en caso que lo amerite)	Huella	Pulgar del Tomador
	Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /		