

En base a la información suministrada a continuación, LA EMPRESA DE SEGUROS debe decidir si acepta o no el riesgo, debido a esto agradecemos llenar la solicitud en todas sus partes con letra legible o de imprenta.

DATOS DEL TOMADOR

| | | | | | | |
|-----------------|--|--|---|-------------------|--|--|
| Persona Natural | Apellidos: | | Nombres: | | | |
| | Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | | Pasaporte No.: | Fecha Nacimiento: | Edad: | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| | Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubino <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | Profesión u Oficio: | | | | | |
| | Nombre de la Empresa donde Labora: | | | | | |
| | Cargo que desempeña: | | | Fecha de Ingreso: | | |
| | Ingreso Anual Bs.F: Hasta 10.000 <input type="checkbox"/> | | Entre 10.001 y 30.000 <input type="checkbox"/> | | Entre 30.001 y 60.000 <input type="checkbox"/> | |
| | Entre 60.0001 y 90.000 <input type="checkbox"/> | | Entre 90.001 y 150.000 <input type="checkbox"/> | | Más de 150.000 <input type="checkbox"/> | |
| | Condición de la vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | Dirección de Habitación: | | | | | |
| | Urbanización/Zona/ Sector:: | | | | Pais: | |
| | Estado: | | | Ciudad: | Nro. Teléfono: | |
| | Dirección e-mail: | | | | Nro. Celular: | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|----------------|
| Persona Jurídica | Tipo de Persona: Jurídica <input type="checkbox"/> Gubernamental <input type="checkbox"/> | | R.I.F: | | | |
| | Nombre Comercial: | | Razón Social: | | | |
| | Descripción de la Actividad Económica o Comercial: | | | | | |
| | Patrimonio Bs.F: Hasta 50.000 <input type="checkbox"/> | | Entre 50.001 y 500.000 <input type="checkbox"/> | | Entre 50.001 y 2.000.000 <input type="checkbox"/> | |
| | Entre 2.000.0001 y 10.000.000 <input type="checkbox"/> | | Entre 10.000.001 y 50.000.000 <input type="checkbox"/> | | Más de 50.000.000 <input type="checkbox"/> | |
| | Dirección del Domicilio Fiscal: | | | | | |
| | Urbanización/Zona/ Sector:: | | | | Pais: | |
| | Estado: | | | Ciudad: | Nro. Teléfono: | |
| | Dirección e-mail: | | | | | |
| | Registro Mercantil: | | | Circunscripción Judicial: | | |
| | Fecha: | | Número: | | Tomo: | |
| | Apellidos, Nombres del Representante Legal: | | | | | |
| | Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | | Pasaporte No.: | Cargo que desempeña: | | Nro. Teléfono: |
| | Dirección de Habitación: | | | | | |
| Dirección de Oficina: | | | | Nro. Teléfono: | | |
| Oficio u Ocupación: | | | Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> | | | |
| Descripción de la Actividad Económica, Comercial o Profesional: | | | | | | |
| Ingreso Anual Bs.F: Hasta 10.000 <input type="checkbox"/> | | Entre 10.001 y 30.000 <input type="checkbox"/> | | Entre 30.001 y 60.000 <input type="checkbox"/> | | |
| Entre 60.0001 y 90.000 <input type="checkbox"/> | | Entre 90.001 y 150.000 <input type="checkbox"/> | | Más de 150.000 <input type="checkbox"/> | | |

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO (De ser diferente al TOMADOR)

| | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|---|-------------------|--|--|
| Persona Natural | Apellidos: | | Nombres: | | | |
| | Cédula de Identidad: V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | | Pasaporte No.: | Fecha Nacimiento: | Edad: | Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| | Estado Civil: Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Concubino <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | Profesión u Oficio: | | | | | |
| | Nombre de la Empresa donde Labora: | | | | | |
| | Cargo que desempeña: | | | Fecha de Ingreso: | | |
| | Ingreso Anual Bs.F: Hasta 10.000 <input type="checkbox"/> | | Entre 10.001 y 30.000 <input type="checkbox"/> | | Entre 30.001 y 60.000 <input type="checkbox"/> | |
| | Entre 60.0001 y 90.000 <input type="checkbox"/> | | Entre 90.001 y 150.000 <input type="checkbox"/> | | Más de 150.000 <input type="checkbox"/> | |
| | Condición de la vivienda: Propia <input type="checkbox"/> Alquilada <input type="checkbox"/> Hipotecada <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | Dirección de Habitación: | | | | | |
| Urbanización/Zona/ Sector:: | | | | Pais: | | |

| | | |
|-----------------------------|---------|----------------|
| Estado: | Ciudad: | Nro. Teléfono: |
| Dirección e-mail: | | Nro. Celular: |
| Dirección de Oficina: | | |
| Urbanización/Zona/ Sector:: | | Pais: |
| Estado: | Ciudad: | Nro. Teléfono: |
| Dirección e-mail: | | |

DATOS DEL PROPUESTO ASEGURADO (De ser diferente al TOMADOR)

| | | | |
|---|--|---|---|
| Tipo de Persona: | Jurídica <input type="checkbox"/> | Gubernamental <input type="checkbox"/> | R.I.F: |
| Nombre Comercial: | Razón Social: | | |
| Descripción de la Actividad Económica o Comercial: | | | |
| Patrimonio Bs.F: | Hasta 50.000 <input type="checkbox"/> | Entre 50.001 y 500.000 <input type="checkbox"/> | Entre 50.001 y 2.000.000 <input type="checkbox"/> |
| | Entre 2.000.0001 y 10.000.000 <input type="checkbox"/> | Entre 10.000.001 y 50.000.000 <input type="checkbox"/> | Más de 50.000.000 <input type="checkbox"/> |
| Dirección del Domicilio Fiscal: | | | |
| Urbanización/Zona/ Sector:: | | | Pais: |
| Estado: | Ciudad: | Nro. Teléfono: | |
| Dirección e-mail: | | | |
| Registro Mercantil: | | Circunscripción Judicial: | |
| Fecha: | Número: | Tomo: | |
| Apellidos, Nombres del Representante Legal: | | | |
| Cédula de Identidad: | Pasaporte No.: | Cargo que desempeña: | Nro. Teléfono: |
| V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> | | | |
| Dirección de Habitación: | | | |
| Dirección de Oficina: | | | Nro. Teléfono: |
| Oficio u Ocupación: | | Independiente <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> | |
| Descripción de la Actividad Económica, Comercial o Profesional: | | | |
| Ingreso Anual Bs.F: | Hasta 10.000 <input type="checkbox"/> | Entre 10.001 y 30.000 <input type="checkbox"/> | Entre 30.001 y 60.000 <input type="checkbox"/> |
| | Entre 60.0001 y 90.000 <input type="checkbox"/> | Entre 90.001 y 150.000 <input type="checkbox"/> | Más de 150.000 <input type="checkbox"/> |

DIRECCIÓN DE COBRO

| | |
|---|----------------------------------|
| Habitación/ Domicilio Fiscal <input type="checkbox"/> | Oficina <input type="checkbox"/> |
|---|----------------------------------|

CARACTERÍSTICAS DEL RIESGO

| | | | | | | | |
|-----------------|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---|--|--|
| Tipo de riesgo: | Industrial <input type="checkbox"/> | Comercial <input type="checkbox"/> | Oficina <input type="checkbox"/> | Residencial <input type="checkbox"/> | Almacén o depósito <input type="checkbox"/> | Institucional <input type="checkbox"/> | Industria Petrolera <input type="checkbox"/> |
|-----------------|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|---|--|--|

Linderos del bien a asegurar

| | |
|--------------|---|
| Norte | Nombre del Inmueble / Empresa colindante: |
| | Indole: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Almacén o depósito <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> |
| | Actividad: |
| Sur | Nombre del Inmueble / Empresa colindante: |
| | Indole: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Almacén o depósito <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> |
| | Actividad: |
| Este | Nombre del Inmueble / Empresa colindante: |
| | Indole: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Almacén o depósito <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> |
| | Actividad: |
| Oeste | Nombre del Inmueble / Empresa colindante: |
| | Indole: Industrial <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Oficina <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Almacén o depósito <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> |
| | Actividad: |

| Nro. Empleados | Cargo | Actividad que desempeñan | Maquinarias y Equipos que utilizan | Nómina Anual |
|---------------------------|-------|--------------------------|------------------------------------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Total Nómina Anual | | | | |

Persona Jurídica

Otros Datos

¿Tiene el Bien sistema de alarma contra incendio? Si No

¿Tiene el Bien a asegurar transformadores en sitios independientes? Si No

¿Los conductores eléctricos (cables) están protegidos en tuberías de seguridad? Si No

¿Posee Planta Auxiliar para el suministro de Energía Eléctrica? Si No

¿Qué tipos de dispositivos de protección utiliza el bien a asegurar? Fusibles Breakers Cuchillas

¿En su Empresa se producen, se operan o almacenan sustancias radioactivas? Si No

¿En su Empresa se producen, se operan o almacenan explosivos o mercancías inflamables? Si No

¿Existen productos alusivos a la prohibición de fumar? Si No

En los bienes colindantes con su Empresa producen, operan o almacenan sustancias radioactivas o materiales inflamables? Si No

¿Qué mercancías y materias primas predominantes, se utilizan dentro del bien a asegurar? _____

COBERTURAS SOLICITADAS**Cobertura Básica****Coberturas Opcionales**

1. Asistencia Legal y Defensa Penal

2. Gastos Médicos

3. Responsabilidad por Intención, Negligencia o Imprudencia

4. Responsabilidad Solidaria con Contratista y/o Subcontratista y/o Empresas de trabajo temporal

5. Limite máximo de responsabilidad por una o mas reclamaciones, incluyendo la cobertura básica mas las opcionales

SUMA ASEGURADA

Según lo establece la Ley Orgánica de Prevención, Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo

BENEFICIARIO(S) EN CASO DE MUERTE DEL PROPUESTO ASEGURADO

| Apellidos | Nombres | Fecha Nacimiento | C.I | Parentesco | % Suma Asegurada |
|-----------|---------|------------------|-----|------------|------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

OTROS SEGUROS DE RESPONSABILIDAD CIVIL**Pólizas Vigentes:**

| NRO. PÓLIZA | NOMBRE DE LA EMPRESA | FECHA DE VENCIMIENTO dd / mm / aaaa |
|-------------|----------------------|--|
| | | |
| | | |

Siniestros:

| FECHA DE OCURENCIA dd / mm / aaaa | CAUSA DEL SINIESTRO | MONTO RECLAMADO |
|--------------------------------------|---------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

DECLARACIONES y AUTORIZACIONES**Yo TOMADOR y/o PROPUESTO ASEGURADO:**

*Declaro que he leído cuidadosamente y totalmente, una a una, todas las preguntas y respuestas consignadas en esta solicitud de seguro y que ellas son verdaderas, amplias, completas y exactas.

*Declaro que no he omitido ni disimulado, ningún hecho ni circunstancias que puedan modificar la opinión de LA EMPRESA DE SEGUROS sobre el riesgo a correr por el Seguro solicitado.

*Yo, EL TOMADOR doy fe que el dinero utilizado para el pago de la Prima de la Póliza a suscribir proviene de una fuente lícita y por lo tanto no guarda o tiene relación alguna con dinero, capitales, bienes, haberes, valores o títulos, productos de las actividades ilícitas o de los delitos de Legitimación de Capitales previstos en la Ley Orgánica Contra la Delincuencia Organizada.

* Autorizo a las Empresas o Instituciones, para suministrar a LA EMPRESA DE SEGUROS, todos los datos que posean antes o después del siniestro.

Asimismo autorizo a LA EMPRESA DE SEGUROS, a recabar cualquier información relacionada con los riesgos y a verificar los datos de esta Solicitud de Seguro.

Lugar: _____ Fecha: ____ / ____ / ____
dd / mm / aaaa



Huella dactilar



Huella dactilar

Firmas: _____

EI TOMADOR

PROPUESTO ASEGURADO

Yo, Intermediario del Seguro:

* Declaro que he leído todas las respuestas suministradas por EL TOMADOR y/o PROPUESTO ASEGURADO y que la información dada de su identificación es íntegra.

Intermediario(s) de Seguros:

| Apellido(s) y Nombres: | Código N°: | (%) Porcentaje de Participación: | Firma: |
|------------------------|------------|----------------------------------|--------|
| | | | |
| | | | |